

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Estratégias de coordenação do cuidado - uma análise do fortalecimento da
Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio
de Janeiro”***

por

Gislani Souza Mateus Oliveira

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade
Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elyne Montenegro Engstrom

Rio de Janeiro, setembro de 2013.

Esta dissertação, intitulada

“Estratégias de coordenação do cuidado - uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Gislani Souza Mateus Oliveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Elaine Franco dos Santos Araújo

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 24 de setembro de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

O48 Oliveira, Gislani Souza Mateus
Estratégias de coordenação do cuidado - uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro. / Gislani Souza Mateus Oliveira. -- 2013.
139 f. : il. ; tab. ; mapas

Orientador: Engstrom, Elyne Montenegro
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Assistência à Saúde - organização & administração.
2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Estratégias. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10425098153

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por toda a minha existência, pelo cuidado e amor constantes e força para enfrentar as dificuldades.

À minha família por compartilhar dos meus sonhos, pela força, incentivo, amor e apoio incondicional em todos os momentos.

À querida orientadora Elyne Engstrom pelo apoio, confiança, dedicação e ensinamentos em cada etapa desse estudo.

Aos amigos pelo incentivo e compreensão nas ausências. Em especial à Daiana e Juliana pelo ombro amigo, abraço acolhedor e disponibilidade dispensada durante todo trajeto.

Aos colegas de trabalho da CAP 5.2 pelo companheirismo diário.

Aos gerentes da AP 5.2 pela colaboração na realização dessa pesquisa.

Aos médicos, enfermeiros e profissionais do NASF da AP 5.2 pela colaboração e disponibilidade em participar deste estudo.

Aos amigos do mestrado e à turma “Uns e Outros”, pelos bons momentos, cumplicidade, desabafos coletivos e edificação mútua.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro pela oportunidade.

Tecendo a Manhã

*"Um galo sozinho não tece a manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro: de outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzam
os fios de sol de seus gritos de galo
para que a manhã, desde uma tela tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*

*E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão".*

(João Cabral de Melo Neto)

RESUMO

A coordenação do cuidado é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) e está relacionada com a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Somente uma Atenção Primária fortalecida pode exercer seu papel coordenador, dependendo também da articulação entre os profissionais e serviços e dos fluxos e organização da rede de atenção à saúde para romper com a fragmentação do cuidado. Considerando o momento de reforma da APS do município do Rio de Janeiro nos últimos anos, este estudo objetivou analisar as estratégias de coordenação dos cuidados praticadas na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família da Área de Planejamento 5.2 do município do Rio de Janeiro. Para tanto, foi realizado um estudo epidemiológico do tipo seccional, de cunho descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, tendo como sujeitos enfermeiros, médicos e profissionais do NASF. Através do preenchimento de um questionário auto aplicado participaram do estudo 157 profissionais. Os resultados foram discutidos de acordo com as categorias: características profissionais, organização do processo de trabalho em equipe; papel resolutivo, integral e longitudinal da APS; operacionalização do apoio matricial e coordenação e integração na rede de serviços. De acordo com os resultados verificou-se que o município do Rio de Janeiro conseguiu avançar no fortalecimento da atenção primária através do acesso, resolutividade, integralidade e longitudinalidade que preconiza a literatura. A organização do processo de trabalho das equipes favorece a coordenação do cuidado. Quanto ao apoio matricial percebeu-se a existência de condições estruturais melhor formadas, entretanto os processos ainda precisam ser aperfeiçoados. Embora a APS se responsabilize pelo caminhar do usuário, a rede ainda não possui um grau de articulação que favoreça o desenvolvimento do papel coordenador da APS.

Palavras-chave – Coordenação do cuidado; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

Coordination of care is one of the essential attributes of the Primary Health Care (PHC) and is related to the relationship between the various services and activities related to health care so that , regardless of where they are provided , are synchronized and aimed at reach a common goal . Only one Primary strengthened can exercise its coordinating role , depending also on the relationship between professionals and services and the flow and organization of the health care to break with the fragmentation of care . Considering the time of PHC reform the city of Rio de Janeiro in recent years , this study aimed to analyze the strategies of coordination of care practiced in Primary Health Care from the perspective of the professionals of the Family Health Strategy for Planning 5.2 municipality of Rio de Janeiro . To this end, we conducted an epidemiological study of the sectional type , a descriptive - exploratory quantitative approach , having as subject nurses , doctors and specialists NASF . By completing a self applied 157 professionals participated in the study . The results were discussed according to the categories : professional characteristics , process organization teamwork , paper resolute , comprehensive and longitudinal APS ; operationalization of matrix support and coordination and network integration services . According to the results it was found that the city of Rio de Janeiro made some progress in strengthening primary care through access, resolution, completeness and longitudinality advocating literature . The organization of the work of teams favors the coordination of care . Concerning support matrix realized the existence of structural conditions better formed , however the processes still need to be improved . Although the APS to take responsibility for walking the user , the network does not have a degree of coordination that favors the development of the coordinating role of the APS .

Keywords - Coordination of care , primary health care , family health strategy .

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	11
1.1. Objetivos do Estudo	18
1.2. Justificativa e Relevância do Estudo.....	19
2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1. Coordenação do Cuidado – Conceitos e Dimensões	21
2.2. Organização da Rede de Atenção à Saúde e sua implicação na Coordenação do Cuidado	25
2.3. Mecanismos de Integração.....	33
2.4. As práticas de saúde na produção do cuidado e a interface entre a dimensão organizacional e profissional na coordenação do cuidado.....	37
3- METODOLOGIA	42
3.1. Tipo de Estudo e Abordagem	42
3.2. Cenário da Pesquisa	43
3.3. Sujeitos e Critérios de Seleção.....	44
3.4. Instrumentos e Processo de Coleta de Dados	45
3.5. Processamento e Análise dos Dados.....	47
3.6. Aspectos Éticos e Legais.....	53
4- RESULTADOS	54
4.1. Características dos Profissionais Estudados	57
4.2. Organização do Processo de Trabalho em Equipe	63
4.3. Abordagem Resolutiva, Integral e Longitudinal da Atenção Primária à Saúde	64
4.4. Apoio Matricial.....	69
4.5. Coordenação e Integração na Rede dos Serviços de Saúde	74
5- DISCUSSÃO	83
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110

REFERÊNCIAS	114
ANEXOS E APÊNDICES	120
ANEXO A – Questionário de Entrevista para Médicos e Enfermeiros	120
ANEXO B – Questionário de Entrevista para Profissionais do NASF	129
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	138
APÊNDICE B – Cronograma de Execução.....	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Profissionais do NASF entrevistados segundo categoria profissional, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....56
Tabela 2 - Profissionais da equipe de saúde da família entrevistados na AP 5.2, município do Rio de Janeiro, 2013	.....57
Tabela 3 – Distribuição dos Profissionais entrevistados segundo gênero, faixa etária, responsabilidade técnica e vínculo empregatício, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....58
Tabela 4 - Formação lato sensu dos profissionais médico/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....60
Tabela 5 - Realização de algum curso com enfoque em Saúde da Família, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....61
Tabela 6 – Médicos/enfermeiros e profissionais do NASF segundo experiência anterior em saúde da família, tempo de atuação na ESF e tempo na atual eSF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....62
Tabela 7 – Processo de trabalho em equipe segundo médicos / enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013	.....63
Tabela 8 – Resolutividade da Atenção Primária à Saúde segundo médicos / enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....65

Tabela 9 – Avaliação das características relativas à Abordagem integral e longitudinal dos problemas de saúde segundo médicos / enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....67
Tabela 10 – Distribuição de profissionais que possuem apoio do NASF, periodicidade do apoio e forma que aciona o NASF, segundo médicos / enfermeiros e profissionais do NASF, Rio de Janeiro, 2013.	.....69
Tabela 11 – Distribuição das atividades realizadas entre equipe de saúde da família e NASF e utilização das ferramentas do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....71
Tabela 12 – Processo de Trabalho entre o NASF e as equipes matriciadas, segundo médicos/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....73
Tabela 13 – Desempenho das funções da APS, segundo médicos/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....75
Tabela 14 – Distribuição dos fluxos para encaminhar o usuário para atenção especializada, segundo médicos/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....77
Tabela 15 – Utilização de normas para solicitação de exames e conhecimento das linhas de cuidado e protocolos clínicos, segundo médicos/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....78

Tabela 16 - Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....79
Tabela 17 - Mecanismos de integração, Diretrizes clínicas e continuidade informacional AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....80
Tabela 18 - Principais problemas em relação à integração da rede de serviços, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.	.....82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mudança na Organização dos sistemas de saúde	.....26
Figura 2 – A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde	.....31
Figura 3 – Mapa do Território da Área Programática 5.2, Município do Rio de Janeiro, 2013.	.....44
Figura 4 – Profissionais previstos, esperados e entrevistas realizadas.	.....54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços de Saúde da AP 5.2 segundo esfera e tipo de unidade	.....43
Quadro 2 – Dimensões, variáveis e indicadores de Análise	.....49

1. INTRODUÇÃO

A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA, 2010).

Para STARFIELD (2002), a coordenação do cuidado é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), juntamente com o primeiro contato, a longitudinalidade e a integralidade. Além disso, estabelece uma relação condicional entre os mesmos e uma atenção primária fortalecida, de qualidade e eficiente.

Entretanto, segundo MENDES (2009) apesar de os quatro atributos serem fundamentais para caracterizar a atenção primária nas redes de atenção à saúde, a coordenação do cuidado tem importância maior na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, uma vez que sem ela o primeiro contato seria uma função puramente administrativa, enquanto a longitudinalidade perderia seu potencial e a integralidade seria dificultada.

Sendo assim, a coordenação do cuidado busca romper com a fragmentação dos serviços, se tornando um diferencial nos sistemas integrados de serviços de saúde, já que são organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção, prestando uma assistência contínua a uma população definida, onde a APS atua como centro de comunicação, ordenando os fluxos.

Contudo, a falta ou insuficiência da coordenação do cuidado é uma das principais causas do não atendimento das demandas de saúde da população e permanece como um desafio dos sistemas de saúde (ALMEIDA, 2010).

As mudanças recentes em relação às demandas e necessidades de saúde da população causadas pela coexistência de uma tripla carga de doença no Brasil, composta pelas doenças infecto-parasitárias, aumento da mortalidade por causas externas e a proporção crescente de doenças crônicas devido à transição

demográfica, evidenciaram a necessidade de um novo arranjo do sistema de saúde que consiga responder a essa questão (MENDES, 2009).

Dessa forma é premente o alcance de soluções, exigindo mudanças nas práticas de cuidado e na arquitetura dos sistemas de saúde que pressionam o desenvolvimento de mecanismos que garantam uma interface mais contínua e longitudinal, com acesso oportuno aos demais níveis pelos usuários quando necessário e integração entre os diferentes prestadores envolvidos no cuidado.

Sendo assim, a capacidade de coordenação é fortemente afetada pela integração entre os níveis assistenciais e pelas barreiras que dificultam o caminhar do usuário no interior do sistema de saúde, bem como também a dificuldade de integração horizontal, dentro do mesmo nível de atenção, que por vezes compromete a comunicação e resolutividade dentro da APS.

As reformas dos sistemas de saúde dos países europeus e latino-americanos, desde os anos de 1990 foram pautadas em ações e políticas que buscaram fortalecer e aumentar o protagonismo da APS, meta que foi reafirmada em 2008 pela OMS através do relatório intitulado: Atenção Primária à Saúde - agora mais que nunca. A APS deve ser a porta de entrada e a equipe de atenção primária é concebida como um núcleo de coordenação, ajudando nos fluxos dos usuários e mobilização de recursos do sistema e intersetoriais. Afirma ainda que a continuidade do cuidado depende da capacidade de assegurar a continuidade da informação, por isso as atuais tecnologias da informação e de comunicação criam possibilidades inéditas para melhorar a circulação da informação a um custo acessível. (OMS, 2008)

No Brasil, em consonância ao aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas últimas décadas, de 6,6% em 1998 para 53,1% em agosto de 2011 (BRASIL, 2012), muitos avanços também foram alcançados no campo das políticas públicas para construção de uma APS robusta, fortalecendo os princípios da ordenação da rede, coordenação do cuidado, porta de entrada preferencial e integralidade.

Um desses avanços foi a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da emissão da Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006, em que se estabeleceu a ESF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária à Saúde. Além disso, iniciou-se a inserção da ESF como modelo substitutivo de APS na rede de serviços oportunizou o processo de territorialização e regionalização a partir da APS.

Além disso, para ampliar a abrangência e o escopo das ações da ESF, bem como sua resolubilidade, o Ministério da Saúde editou ainda a Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

Os NASF são compostos por uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes.

Dessa forma, o NASF garante apoio de retaguarda especializada, além de suporte técnico-pedagógico à ESF, qualificando a atenção, aumentando a resolutividade da APS e oportunizando os encaminhamentos realizados para os demais serviços de atenção. A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. (PNAB, 2012)

O escopo de atuação da atenção básica foi ampliado através da nova Política Nacional de Atenção Básica, criada pela portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011, onde o NASF foi incluído. Houve também mudança no reconhecimento de diferentes

tipos, modelagens, de equipes para as diferentes realidades do Brasil, bem como a criação de equipes para atenção à população de rua e para atendimento domiciliar. Além disso, a nova PNAB também articula a atenção básica às atividades inter-setoriais e de promoção de saúde, como o Programa de Saúde na Escola e as Academias de saúde.

Além desses avanços, a nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Primária à Saúde na ordenação das Redes de Atenção. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da APS e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada.

Aponta também que a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, entre elas a coordenação do cuidado.

Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade. (PNAB, 2012, pag.26)

Com o objetivo de diminuir a fragmentação do cuidado e favorecer sistemas que atendam as necessidades de saúde da população com baixos custos, maior eficiência e qualidade, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 4279, de 30 de

dezembro de 2010, que trata das diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Um dos desafios colocados é ampliar o foco de atenção para o manejo das condições crônicas, atendendo concomitantemente as situações agudas, além de diminuir lacunas assistenciais importantes no sistema de saúde. Outro desafio é a integração entre os níveis de atenção e a necessidade urgente de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema sob a forma de Rede com vistas a consolidar os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade.

Para tanto, o objetivo da RAS é a integração sistêmica das ações e serviços de saúde ao longo de uma assistência contínua, integral, de qualidade e humanizada abarcando no desempenho do sistema ganhos como acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além da eficiência econômica. Sendo assim, a rede deve se constituir por arranjos de ações e serviços de saúde organizados, de diferentes densidades tecnológicas, sendo seu centro comunicador a APS.

Outro importante avanço para fortalecer o papel de coordenação da APS na rede de atenção à saúde (RAS) foi o Decreto Nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Este decreto reafirma a APS como principal porta de entrada da RAS, ou seja, ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde além de referenciar aos demais níveis de atenção no âmbito do SUS.

Trazendo à tona a realidade do cenário onde o estudo se desenvolverá, percebe-se a pertinência dessas questões no Município do Rio de Janeiro. Esta é uma cidade com mais de 6 milhões de habitantes, dividida em 10 Áreas Programáticas (AP), distintas entre si, com realidades e recursos de atenção à saúde diferentes, recursos esses de esfera municipal, estadual e federal, que muitas vezes, atuam sem governança organizada e com dificuldades de comunicação. Além dessas questões, o município vivencia hoje, dentro da APS, um período de coexistência de dois modelos assistenciais, visualizados pela ESF e pelo modelo tradicional.

Toda essa pluralidade de serviços acaba por dificultar ainda mais a coordenação do cuidado pela APS devido à falta de estruturação da rede, pois sem fluxos bem definidos e falta de comunicação, fortalece ainda mais a fragmentação

desse sistema que ainda atua numa lógica verticalizada. Fato esse que por muito tempo angustia os profissionais da ESF, como eu, enfermeira de família, ao acompanhar usuários e por diversas vezes não conseguir dar resolutividade às necessidades de saúde por ausência de uma rede estruturada que garanta o acesso oportuno aos demais níveis assistenciais, quando necessário, e permita a comunicação entre os profissionais do mesmo.

A inserção da pesquisadora neste cenário permite perceber na prática tais dificuldades. Estas foram vivenciadas no trabalho como enfermeira integrante de uma equipe de saúde da família e atualmente, como apoiadora institucional na coordenação da área programática 5.2, principalmente com a ESF e o NASF. Embora vislumbram-se potencialidades nesse contexto, como o NASF, há um bom caminho a ser percorrido.

O município do Rio de Janeiro, reconhecendo uma histórica dívida sanitária com a saúde pública e a urgente necessidade de dar melhores respostas às demandas de saúde da população, de modo economicamente sustentável, iniciou em 2009 uma reforma do seu sistema de saúde investindo na APS. A cobertura da estratégia de saúde da família teve um crescimento de mais de 200% em apenas dois anos, sendo expandida de 12% em agosto de 2010 para 38,9% em julho de 2012 (SUBPAV, 2012).

Além disso, a ESF deixou de ser um programa paralelo para ser a forma prioritária da APS. Unidades que antes eram sucateadas vêm sendo reformadas, melhorando a infraestrutura física e suporte de material, bem como o aumento do suporte de apoio diagnóstico pela incorporação de raio-x e ultrassonografia nas Clínicas da Família, evidências que demonstram a APS como prioridade de governo na área da saúde. Outro fator positivo foi o investimento na qualificação do trabalho que pode ser observada no incentivo à educação continuada dos profissionais através de convênio com a ENSP/FIOCRUZ, disponibilizando curso de Especialização em Saúde Pública e Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, sendo este projeto fruto desses investimentos.

Contudo, observamos a fragmentação do cuidado na rede de serviços de saúde e apesar dos avanços dos últimos anos, a atenção primária à saúde ainda enfrenta dificuldades para se constituir a porta de entrada preferencial do sistema de

saúde e se tornar resolutive, abrangente e coordenadora do cuidado. Além disso, a coordenação do cuidado não exigirá apenas integração da rede assistencial no contexto dos serviços, uma vez que a complexidade da atenção também se representa na micropolítica, exigindo cada vez mais práticas de cuidado integradas entre os profissionais da ESF, qualidade de recursos humanos e uma APS fortalecida. A micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram (Franco, 2006), sendo essencial e indissociável da macropolítica na produção do cuidado.

Dessa forma, esse estudo pretende aprofundar a análise dos dispositivos e desafios da coordenação do cuidado sob a perspectiva dos profissionais das equipes de saúde da família da AP 5.2 do município do Rio de Janeiro.

Frente a essas questões, considerando as premissas anteriores, as perguntas norteadoras que orientaram esse estudo foram:

- Considerando que a coordenação é um dos atributos essenciais de uma APS fortalecida, quais ferramentas vêm sendo utilizadas para coordenar os cuidados pelas ESF?
- Dado que a integração da rede é um elemento necessário para alcançar melhor coordenação do cuidado, quais as estratégias e instrumentos desenvolvidos para integração da APS aos demais níveis do sistema?

A primeira hipótese pressuposta que se pretendeu averiguar é que considerando a coordenação do cuidado como um atributo marcador de uma APS de qualidade e de um sistema que se organiza para atender as necessidades de saúde dos seus indivíduos, os investimentos e expansão da APS no município do Rio de Janeiro, sobretudo na AP 52, também se traduziu em melhores práticas de coordenação do cuidado pela APS. Outra hipótese verificada foi a integração das práticas de cuidado na dimensão organizacional da APS, com acionamento do NASF, como uma potencialidade para a coordenação do cuidado. E como última hipótese verificada foi que a rede de atenção à saúde não se estrutura para garantir acesso oportuno aos demais níveis quando necessário, mesmo com critérios clínicos justificados, sendo, portanto uma fragilidade que prejudica a coordenação do cuidado no cenário da AP 5.2.

1.1. Objetivos

Objetivo Geral

- Analisar as estratégias de coordenação dos cuidados praticadas na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família da Área de Planejamento 5.2 do município do Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família da área de planejamento 5.2 do município do Rio de Janeiro no que se refere às características demográficas, formação profissional e atuação na APS.
- Analisar a organização do processo de trabalho em equipe pelos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família para coordenar os casos sob sua responsabilidade.
- Examinar, sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, a abordagem integral, longitudinal e resolutiva da APS.
- Refletir sobre o papel estratégico do apoio matricial na coordenação do cuidado e a sua operacionalização no cotidiano dos serviços da APS.
- Analisar a coordenação e integração da APS na rede dos serviços de saúde.
- Discutir a utilização dos dispositivos pelos profissionais para coordenar os cuidados identificando potencialidades e limitações.

1.2. Justificativa e Relevância do Estudo

O presente estudo se justifica pela relevância da temática no cenário atual dos sistemas públicos de saúde que adotaram a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorientação do modelo assistencial.

Apesar da premissa que os serviços de APS são os mais adequados para assumir a coordenação dos cuidados, apenas uma APS fortalecida e robusta, consegue juntar e mobilizar os recursos necessários para assumir essa função. Desse modo, o fortalecimento da atenção primária para que a mesma seja robusta e de qualidade passa pelo atributo da coordenação do cuidado.

Além disso, a coordenação do cuidado favorece a obtenção das características preconizadas para esses sistemas que são a atenção integral, a organização em rede dos serviços, a articulação entre os níveis de atenção e a APS como base e ordenadora dessa rede.

Considerando também que as mudanças nas necessidades de saúde da população trazem à tona a necessidade de novas práticas e arranjos do sistema de saúde, a coordenação do cuidado aponta como um potente atributo da APS para dar conta de uma atenção integral e longitudinal requerida.

Desse modo, o atendimento das necessidades de saúde da população, a continuidade do cuidado evitando a fragmentação, bem como a resolutividade e eficiência da APS desejada são resultados de sistemas com forte orientação de coordenação do cuidado pela APS.

Sendo assim, esse estudo cujo objetivo é o de analisar estratégias de coordenação dos cuidados praticadas na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família da Área Programática 5.2 do município do Rio de Janeiro contribuirá para avaliar medidas pró-coordenação adotadas pelas equipes.

A identificação dos fatores facilitadores e entraves à efetiva coordenação dos cuidados, bem como o conhecimento dos dispositivos mais utilizados pelos profissionais para coordenar os cuidados permitirão o desenvolvimento de práticas de cuidado mais efetivas nos serviços de saúde. Desse modo, especificamente na

Área Programática 5.2 do município do Rio de Janeiro, os resultados do estudo contribuirão no direcionamento de ações que possibilitem o favorecimento da coordenação do cuidado, entendendo esse processo como qualificação da APS que vem num processo de expansão e investimento.

Ainda assim, o estudo também contribuirá para reflexão sobre como a coordenação do cuidado se expressa nas práticas profissionais e nos arranjos do sistema de saúde, bem como nos dispositivos necessários para que a APS desempenhe esse papel. Espera-se então que o estudo forneça subsídios para reflexões referentes aos desafios e as potencialidades da coordenação do cuidado, contribuindo para interfaces mais contínuas durante o caminhar dos usuários pelo sistema de saúde, reduzindo a fragmentação do cuidado e propiciando o atendimento das necessidades de saúde da população com eficiência e qualidade.

Além das contribuições para a assistência e gestão tratadas acima, competências do cuidado à saúde e político-gerencial, o estudo também trará ganhos para o ensino e pesquisa na formação dos profissionais de diferentes áreas de saúde e para as linhas de pesquisa voltadas para esta área de conhecimento.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Coordenação do Cuidado – Conceitos e Dimensões

A coordenação do cuidado é um atributo essencial para articulação entre os serviços e ações relacionadas à atenção à saúde, produzido pelos diversos profissionais cuidadores, sincronizando e maximizando os resultados do cotidiano do trabalho na Atenção Primária à Saúde. O conceito de coordenação está relacionado à integração dos cuidados, tanto no sentido das práticas clínicas, entre serviços, setores ou grupos sociais em nível local, quanto também no contexto da continuidade dos serviços oferecidos, por organizações distintas que ocorre entre os diferentes níveis de atenção.

Starfield (2002) destaca a coordenação do cuidado como um dos quatro atributos da atenção primária à saúde acompanhada pelo primeiro contato, longitudinalidade e a integralidade. Para a autora, a coordenação implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Apesar de os quatro atributos serem fundamentais para caracterizar a atenção primária, a coordenação do cuidado tem uma importância relativamente maior nas redes de atenção à saúde já que, sem ela, o primeiro contato teria uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade seria dificultada (MENDES, 2009). Este atributo harmoniza as ações e esforços comuns e é por ela que se ordenam os fluxos e os contra fluxos nos diversos níveis da rede de atenção à saúde. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e atendimentos anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002).

A coordenação dos cuidados também pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao

alcance de um objetivo comum (NÚÑES et al, 2006). Sendo assim, remete à interação entre os atores das redes que estão comprometidos com o cuidado dos usuários, prestando serviços, independente do nível de atenção onde o usuário esteja. A coesão das ações e a interação entre os níveis assistenciais para assegurar o atendimento integral das necessidades de saúde dependerá da estruturação de Redes de Atenção à Saúde que garantam essas funções e determinadas características que serão mais detalhadas posteriormente.

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RASs), a coordenação se relaciona à capacidade de garantir a continuidade da atenção através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e articulado com a função de centro de comunicação das RASs. Mendes (2012) define as RASs como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. As RASs propõem atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela APS.

Para Mendes (2012), a coordenação do cuidado engloba um conjunto de atividades que têm importância para atingir o cuidado coordenado. Considerando essas questões, percebe-se que a coordenação está relacionada e aproxima-se com a gestão do cuidado que de acordo com Cecílio (2011) apresenta cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. No contexto da coordenação do cuidado ressaltam-se as dimensões profissional, organizacional e sistêmica, uma vez que representam também as dimensões necessárias à coordenação do cuidado.

A dimensão profissional do cuidado é aquela que se dá no encontro singular entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. A micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos na relação entre si e no ambiente em que se encontram (Franco, 2006). Para Merhy (2007) o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato e possuidor de tecnologias de ação que operam como relações, encontros de subjetividades e que se mantêm além dos saberes tecnológicos estruturados. Para além das tecnologias estruturadas e conhecimento técnico, o trabalho em saúde também é sempre relacional, esse

campo das relações tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado.

Para Cecílio (2011) a dimensão profissional do cuidado é um encontro privado que ocorre em espaços protegidos, de modo geral, fora de qualquer olhar externo de controle. Essa dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas aos usuários; b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados.

A dimensão organizacional do cuidado é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Nesta dimensão, para Cecílio (2011) se assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação entre outros. Aqui, a gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores, a ser alcançada em territórios marcados, frequentemente, pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder.

Essa dimensão também implica fortemente na coordenação do cuidado, uma vez que a coordenação começa no próprio serviço, entre os diferentes profissionais e entre os mesmos e o usuário, tendo, portanto uma dimensão intraorganizacional, no mesmo nível de atenção. O trabalho em equipe multidisciplinar, a pactuação de papéis e comunicação entre os atores envolvidos e o uso da ferramenta de especialistas matriciadores impactam na resolutividade e fomentam uma atenção integral, evitando a fragmentação do cuidado no próprio nível de atenção.

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado é caracterizada pelo conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e graus de densidade tecnológica e as conexões formais, regulares e regulamentadas, ou seja, os fluxos que se estabelecem entre os mesmos. Assim, para o autor, é necessário definir protocolos clínicos, linhas de cuidado e centrais de regulação para a estabelecer os fluxo de referência e contra referência, de modo que seja garantido o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado que necessitem em momento oportuno, sem que haja prejuízo da continuidade da atenção.

Sendo assim, a coordenação do cuidado se concretiza nesses três planos, na atuação dos atores envolvidos na produção do cuidado, abrangendo o encontro entre os profissionais e usuários, na integração entre os profissionais envolvidos no cuidado e entre os níveis assistenciais e os serviços que compõem a rede de atenção. Estes atores construirão múltiplas conexões entre as várias dimensões descritas, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, de certa forma, visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores. Para o profissional envolvido com a gestão local, ficará mais evidente a intervenção na dimensão organizacional do cuidado com amplo entendimento dos demais campos. Já para o enfermeiro e o médico de família haverá uma intensa atuação na dimensão do profissional, permeada e direcionada pelos campos individuais e familiares.

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado será influenciada pela dificuldade de formação de redes e conexões formais do serviço. A transição do usuário de uma unidade para outra, em geral produz falhas na coordenação do cuidado e pesam sobre os profissionais e gestores locais, a responsabilidade pela quebra do fluxo das ações e cuidados produzidos no serviço.

Na perspectiva dos profissionais de saúde há de se considerar que pode ocorrer a coordenação do cuidado por meio de uma atividade centrada nos indivíduos e nas famílias e não atender às necessidades dessas pessoas no momento em que esbarram em uma falta de coordenação logística que envolve sistemas de apoio e de informação e até mesmo de transporte.

Já na perspectiva do sistema, pode haver integração dos recursos humanos, materiais e informações necessários para dar suporte às atividades dentro e dentre

os diferentes pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio e sistemas logísticos e o fator crítico estar nos profissionais referirem usuários a um profissional não adequado ou a uma unidade de saúde errada ou no manejo inadequado dos sistemas de informação.

Para que a relação entre as equipes e o sistema seja de alta qualidade ela deve garantir fluxos e transições balizados pela coordenação do cuidado e planejados de forma a evitar danos às pessoas e ao serviço. Deve haver coerência entre capacidade da equipe e do sistema em dar respostas às necessidades de saúde da população.

2.2 - Organização da Rede de Atenção à Saúde e sua implicação na Coordenação do Cuidado

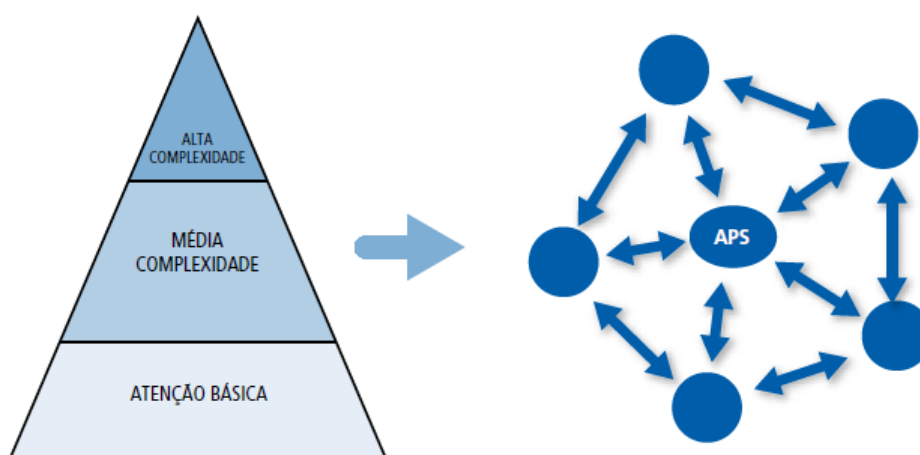
Para Mendes (2002b), o papel de coordenação do cuidado pela APS está preliminarmente relacionado à como a rede e os serviços de saúde estão organizados. Para o autor, existem duas opções alternativas para organizar os serviços de saúde, os sistemas fragmentados e os sistemas integrados de atenção à saúde.

Os sistemas fragmentados, ainda muito hegemônicos, se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, que são caracterizados pelo isolamento e falta de comunicação uns com os outros. Devido a essa característica, esse tipo de sistema é incapaz de prestar uma atenção contínua e, portanto se responsabilizar por uma determinada população. Ou seja, quando o sistema está organizado de forma fragmentada, a APS é incapaz de realizar a coordenação do cuidado.

Diferentemente dos sistemas fragmentados, os sistemas integrados são organizados através de uma rede de atenção contínua, prestando uma assistência contínua, podendo se responsabilizar por uma população definida. Dessa forma, o primeiro pressuposto colocado é que a coordenação do cuidado é uma característica da APS de sistemas integrados.

Nesse sentido, a diferença entre essas duas formas de organização do sistema de atenção à saúde é exemplificada pelo autor através do desenho da estrutura dos sistemas de saúde. Enquanto nos sistemas fragmentados a rede é exemplificada por uma estrutura piramidal, organizada por níveis hierárquicos, onde a APS seria o nível de menor complexidade, nos sistemas integrados, essa figura piramidal é substituída por uma rede horizontal integrada, onde não existe hierarquia entre os diferentes pontos de atenção, mas sim uma rede horizontal, com serviços de distintas densidades tecnológicas.

Figura 1- Mudança na Organização dos sistemas de saúde



Fonte: MENDES (2012), p 48.

Para Castells (2000) *apud* MENDES (2002a), uma rede é um espaço de fluxo, constituído por pontos conectores, ou seja, serviços que exercem papel coordenador para perfeita interação entre todos os elementos da rede, integrando os diversos serviços, esses pontos são denominados *centros de comunicação* da rede. Além deles, a rede também é composta por outros pontos que possuem funções estrategicamente importantes, que

desempenham atividades chave em torno de funções específicas, que são os *pontos da rede*.

Sendo assim, nos sistemas integrados de atenção à saúde esses distintos pontos de atenção são os nós da rede, mas o seu centro de comunicação está localizado na APS, sem que haja uma hierarquização entre eles. Para que a APS seja um centro de comunicação dessa rede horizontal integrada, a mesma deve estar de acordo com os atributos de APS robusta definida por Starfield (2002) que são o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, coordenação da atenção, focalização na família e orientação comunitária.

Além disso, ser o centro de comunicação do sistema implica à APS o cumprimento de três papéis essenciais: resolutividade, organização e responsabilização. O papel resolutivo diz respeito à resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população, já o organizador é de organizar os fluxos e contra fluxos dos cidadãos pelos diversos pontos de atenção à saúde, enquanto o de responsabilização, como o próprio nome já diz, refere-se à responsabilizar-se pelos usuários independente do ponto de atenção à saúde. Esses três papéis são, portanto, essenciais à coordenação do cuidado pela APS. (MENDES, 2002a)

Dessa forma, para cumprir o papel de coordenação do cuidado, o sistema deve estar organizado de forma integrada, o que implica que a APS deve ser o centro de comunicação e por sua vez implica numa APS robusta e fortalecida de acordo com os atributos anteriormente descritos. Sendo assim, pode-se perceber que coordenação do cuidado, sistemas integrados de atenção à saúde e APS fortalecida estão diretamente relacionados.

A primeira proposta de um modelo de rede de atenção à saúde foi apresentada pelo Relatório Dawson, na Inglaterra, em 1920. É importante ressaltar que em seu relatório Dawson já propunha conceitos discutidos hoje na organização do sistema de atenção à saúde como a definição de bases territoriais e populações-alvo, regiões de saúde, função de porta de entrada da APS, níveis assistenciais e mecanismos de referência entre os mesmos.

Para MENDES (2002a) a concepção da APS enquanto uma estratégia de reorganização dos sistemas de saúde está implicada com a apropriação, reordenação e reorganização dos recursos do sistema pela APS para satisfazer as necessidades de saúde da população. Isso implica num alto nível de articulação entre a APS e os demais serviços de atenção dentro dos sistemas integrados.

Nesse sentido, caso a integração com os demais serviços na prática seja inverídica, a APS agirá apenas como uma porta de entrada do sistema, resolutiva sobre os problemas mais comuns, restrita, porém às ações de atenção do primeiro nível sem estar integrado com os demais, sendo inviável cumprir o papel de coordenação de cuidado nessa realidade. Dessa forma, a articulação da APS dentro dos sistemas de saúde é fundamental à coordenação do cuidado.

Embora muito seja dito sobre a integração entre os níveis assistenciais, a integração dentro da própria APS também deve se dar numa lógica integrada e articulada para possibilitar a continuidade do cuidado, uma vez que o cuidado não se dá por apenas um prestador, mas sim por uma equipe multiprofissional. Sendo assim, para a APS cumprir suas funções necessita de características que se expressam na qualidade dos recursos humanos e pelas articulações funcionais que garantam a integração dos cuidados dentro do próprio nível de atenção.

A estruturação dos sistemas de serviços de saúde com base na APS é uma das exigências da concepção moderna dos sistemas integrados de saúde, apenas para embasar o que foi dito anteriormente que o sistema integrado deve ter uma APS que seja de fato reorganizadora do sistema de saúde.

A constituição Federal de 1988 estabelece no artigo 198 que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (BRASIL, 1988). A noção de rede remete a vários significados, entretanto algo presente em todos os sentidos é a ideia da conexão, entrelaçamento e comunicação. Desse modo, uma rede de atenção à saúde também remete a mesma ideia de

comunicação e articulação, sendo definida como "um conjunto de unidades de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população" (KUSCHINIR et al, 2011).

Para as autoras, a construção de redes de atenção à saúde envolve desafios complexos que vão desde o desenho das redes, incluindo a definição dos equipamentos que a compõem, sua função, finalidade e perfil dentro da rede, os modos de organização e funcionamento, as formas de articulação e coordenação, até os mecanismos de estruturação e gestão do cuidado à saúde.

Uma alta capacidade de resposta da APS é fundamental para o funcionamento das redes de atenção à saúde, contudo a capacidade de resposta da APS dependerá também do desempenho dos serviços diretamente associados a ela nessa rede, como apoio logístico e laboratorial. (KUSCHINIR et al, 2011)

Enquanto os serviços da APS devem estar amplamente difundidos no território, o que determina a alocação de equipamentos dos demais níveis de atenção devem ser as questões ligadas à demanda, a economia de escala e aos padrões de qualidade, de forma que não fiquem ociosos e seja otimizado o uso dos recursos disponíveis. Entretanto, outras variáveis, que não apenas de cunho econômico, devem estar contempladas nesse planejamento, como as distâncias e dificuldades de acesso da população, justificando também a definição de base populacional e territorial dos serviços.

Para MENDES (2009) os fundamentos base para estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) são a economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção.

O desenho e a organização das RAS, numa lógica racional, se dão pela articulação da economia de escala e qualidade dos serviços, aliado a disponibilidade dos recursos. A economia de escala determinará os serviços que devem estar concentrados e os que devem estar dispersos, influenciado também pela lógica da escassez de recursos. Entretanto, não pode ficar de

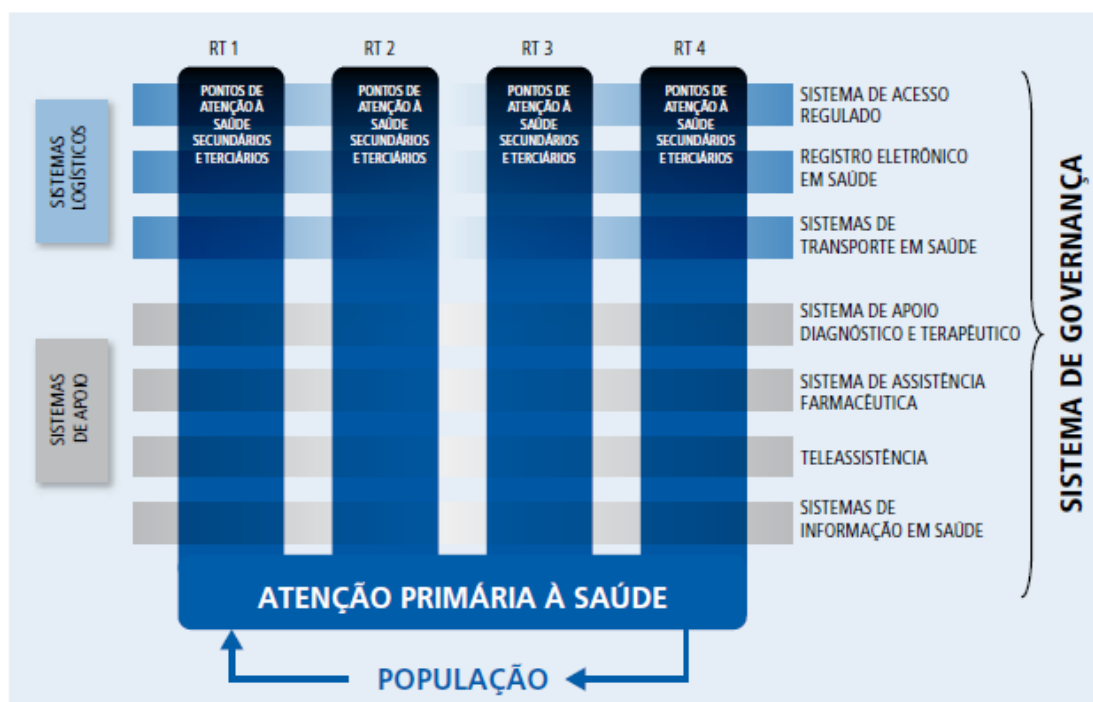
fora dessa discussão de organização da RAS o critério do acesso, sendo considerado o uso oportuno dos serviços de saúde, em tempo apropriado para o atendimento das necessidades de saúde. Sendo assim, economia de escala, qualidade e acesso devem caminhar juntos para o desenho da rede, contudo caso haja conflito entre a economia de escala e o acesso (locais com baixa densidade demográfica, por exemplo), o acesso deve prevalecer. (MENDES, 2009)

Já a integração horizontal se dá através da articulação e alianças entre unidades produtivas iguais e a integração vertical entre unidades produtivas diferentes. Esse aspecto fundamental por ser primordial e caracterizar os sistemas integrados de saúde, será mais bem detalhado a seguir. O fundamento de processo de substituição refere-se à reorganização de unidades de saúde, equipes ou processo de forma a produzir melhores resultados sanitários e econômicos na RAS.

A definição dos territórios sanitários é importante para governança da rede e planejamento, enquanto os níveis de atenção à saúde estratificados de acordo com a densidade tecnológica empregada são fundamentais para o uso racional de recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS. Dessa forma, ao construir as RAS os territórios sanitários e os níveis de atenção devem ser combinados.

Para MENDES (2009) as RAS são constituídas por três elementos fundamentais: população; estrutura operacional; e o modelo de atenção à saúde. A estrutura operacional da rede diz respeito aos nós e as ligações que comunicam os diferentes nós, sendo composta de cinco componentes: o centro de comunicação (APS); os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio; o sistema logístico; e o sistema de governança conforme a figura abaixo.

Figura 2 – A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: MENDES 2012, p 51.

O sistema de apoio é composto por três sub-sistemas, o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde. Já o sistema logístico é composto por cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuários clínicos, sistemas de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde. Os níveis de atenção secundário e terciário se distribuem dentro de micro e macro-regiões respectivamente, além de serem dispostos de acordo com as redes temáticas.

Essa estrutura operacional da rede descrita por Mendes ainda não é realidade na maioria dos municípios brasileiros. Pensando nessas questões, tentando diminuir a fragmentação do cuidado e favorecer sistemas que atendam as necessidades de saúde da população com baixos custos, maior eficiência e qualidade, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 4279, de 30

de dezembro de 2010, que trata das diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Um dos desafios colocados pela portaria supracitada é ampliar o foco de atenção para o manejo das condições crônicas, atendendo concomitantemente as situações agudas, além de diminuir lacunas assistenciais importantes no sistema de saúde. Outro desafio é a integração entre os níveis de atenção e a necessidade urgente de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema sob a forma de Rede com vistas a consolidar os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade.

Para tanto, o objetivo da RAS é a integração sistêmica das ações e serviços de saúde ao longo de uma assistência contínua, integral, de qualidade e humanizada abarcando no desempenho do sistema ganhos como acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além da eficiência econômica.

Sendo assim, a rede se constituirá por arranjos de ações e serviços de saúde organizados, de diferentes densidades tecnológicas, sendo seu centro comunicador a APS. Faz-se necessário ainda pensar estratégias de articulação, comunicação entre os vários sistemas de informação, bem como ações de educação permanente e de educação popular em saúde para consolidar esse novo modelo de atenção.

Ainda de acordo com a portaria, os atributos das RAS, essenciais ao seu funcionamento, são: população e território definidos; extensa gama de estabelecimentos de saúde; APS como porta de entrada, coordenadora do cuidado e resolutiva; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação e longitudinalidade do cuidado; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; sistema de governança único para toda a rede; participação social ampla; recursos humanos suficientes quantitativa e qualitativamente; sistemas de informação integrados para todos os pontos de atenção da rede; garantia de financiamento suficiente; e gestão baseada em resultados.

2.3 – Mecanismos de Integração

Implementar uma concepção integral de APS implica a construção de processos interdependentes que se expressam em distintos âmbitos: no sistema, na atuação profissional e na experiência do paciente ao ser cuidado. Starfield (2002) definiu a APS quanto ao conteúdo e abrangência de cuidados, incluindo a sua função de integração, proporcionando um conjunto de medidas preventivas, curativas e de reabilitação. Através desta integração pode-se lidar com o contexto da doença, organizando e racionalizando a utilização de recursos básicos e especializados.

Os autores Hartz & Contandriopoulos (2004) consideram que *“a integração dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis”*. A integralidade, desta forma envolve tanto o modo de produção das ações, isto é, a micropolítica dos processos de trabalho no interior de cada ponto de atenção à saúde, quanto à organização e a articulação dos serviços de saúde em rede – esfera macropolítica.

O conceito de integração pode ser encarado através de diferentes dimensões, cuja lógica taxonômica não é consensual na literatura internacional e nacional. Propõe-se então a organização conceitual que considera quatro dimensões básicas: estrutural, funcional, normativa e sistêmica. Essas dimensões da integração corresponderiam, na tipologia proposta por Mendes (2011), à gestão da clínica e à dos pontos de atenção em que a oferta e a utilização de serviços são feitas pelo conjunto dos pontos de atenção à saúde que se articulam, pela via das tecnologias de gestão da clínica, numa rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adscrita.

No processo de integração estrutural os elementos que constituem a estrutura organizacional do sistema sofrem alterações no sentido da modificação dos organogramas individuais das entidades que constituem a

nova estrutura sendo alteradas responsabilidades, relações de comando e controle e poder hierárquico (BYRNE e ASHTON, 1999 *apud* SANTANA e COSTA). A integração horizontal ou vertical são exemplos característicos desta dimensão.

Para Mendes (2012) a integração horizontal, ocorre quando duas ou mais instituições, que produzem os mesmos serviços ou serviços que podem substituir-se uns aos outros, se juntam tornando-se uma instituição única ou uma aliança interinstitucional, com o objetivo de ganho de escala e de melhoria da qualidade dos serviços.

A integração vertical consiste na criação de uma única entidade gestora de duas ou mais entidades que prestam serviços em diferentes níveis de cuidados no intuito de melhorar o estado de saúde geral de uma população, num determinado contexto regional geodemográfico (BYRNE e ASHTON, 1999 *apud* SANTANA e COSTA).

Na prática, a integração vertical é um mecanismo onde uma entidade é responsável por todos os elementos da integralidade da assistência ao longo dos diferentes níveis de cuidados de saúde. O conceito da Organização Mundial da Saúde (1999) de integração vertical considera a agregação de inputs, a prestação, e a gestão dos serviços relacionados com a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde. É um termo sinônimo dos serviços relacionados com o acesso, a qualidade, a satisfação do usuário e a eficiência.

A integração funcional pode ser agrupada sob a denominação integração clínica, a qual se apoia em estratégias de gestão, do financiamento e da informação, que assegurem uma coordenação comum, orientada por um sistema de informações ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros (Hartz & Contandriopoulos, 2004). Ressaltamos nesta dimensão o desenvolvimento de protocolos clínicos, a uniformidade e acessibilidade aos registros médicos, a utilização de resultados clínicos e a organização de fluxos e de acesso aos serviços clínicos de suporte.

Sendo assim, um potente dispositivo para a coordenação do cuidado é a utilização de tecnologias de microgestão nos serviços que assegurem padrões clínicos ótimos, aumentando a eficiência e diminuindo os riscos. Uma dessas tecnologias é a adoção de diretrizes clínicas (linhas-guia e protocolos clínicos). Para Shekelle et al (2012) as diretrizes clínicas são uma das bases de esforços para melhorar os cuidados de saúde, consistem em orientações sistematicamente desenvolvidas para auxiliar o profissional em decisões sobre os cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas. Desse modo, as diretrizes são relevantes para a coordenação do cuidado, pois além de sua função gerencial e de educação permanente para os profissionais, melhorando e qualificando os processos, elas também propiciam a comunicação entre os pontos de atenção e com os usuários.

O uso de protocolos ou linhas de cuidado por profissionais de saúde segundo Kaluzny & Shortell (2006) apud DIAS (2012) tem o objetivo de padronizar os processos de trabalho, possibilitar a coordenação entre diferentes prestadores e melhorar o desempenho do cuidado à saúde.

Segundo Mendes (2012) *As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural.* Desta forma as linhas-guia potencializam a ação coordenadora da APS, dispendo das intervenções promocionais preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas.

Os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado (MENDES, 2012). Assim, os protocolos clínicos também estão voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação e paliativos, porém os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade.

Para Silva (2011) *os protocolos têm a função de promover a qualidade técnica da atenção nos diversos níveis do sistema, utilizar racionalmente os recursos e sistematizar os mecanismos de referência e contra-referência.* Para tanto os

protocolos devem ser legitimados e institucionalizados dentro da rotina de trabalho e isso não é tarefa fácil. Apesar de auxiliarem na conduta terapêutica e no fluxo assistencial, os protocolos tem seu potencial de aplicação na resolutividade da atenção básica e na longitudinalidade do cuidado prejudicado nas situações em que há fragilidade do vínculo existente entre profissionais e usuários.

As linhas de cuidado são importantes para a coordenação do cuidado, pois reorganizam a atenção à saúde e conseqüentemente os processos de trabalho, compondo uma matriz de saberes, procedimentos, serviços e fluxos, integrando ações de promoção, prevenção e assistência. Desse modo articula o cuidado, evitando a fragmentação e promovendo a integralidade, favorecendo a coordenação do cuidado em todas as suas dimensões.

O uso de mecanismos que proporcionam o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde são descritos na literatura como instrumentos que melhoram a coordenação da informação e, conseqüentemente, melhoram a continuidade da atenção (Navarrete et al, 2005 *apud* DIAS, 2012).

Há evidências de que não é possível prestar cuidados efetivos, eficientes e de qualidade sem sistemas potentes de informação clínica (MENDES, 2012). Além disso, o autor relata que vem se consolidando a posição de que os prontuários clínicos devem ser informatizados, uma vez que a introdução de tecnologias de informação viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde e reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à saúde.

As duas últimas dimensões, integração normativa e sistêmica são descritas por Hartz & Contandriopoulos,(2004). A integração normativa visa garantir a coerência entre o sistema de representações e valores dos atores em simultaneidade com as interfaces da integração clínica/funcional. Já a integração sistêmica, segundo os autores, interessa-se pela coerência das diferentes modalidades integracionais em todos os níveis de atuação (organização, território, região, estados etc.).

Desta forma compreende que um projeto clínico que responda à complexidade e à incerteza dos problemas de saúde não pode resultar

apenas das relações entre organizações e profissionais. A intersetorialidade surge como uma possibilidade de abordar questões sociais complexas, de articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações no âmbito da APS.

2.4 – As práticas de saúde na produção do cuidado e a interface entre a dimensão organizacional e profissional na coordenação do cuidado

As práticas de saúde convivem com a dinâmica do processo de adoecimento e de cura no meio popular e interage com a necessidade da prática interdisciplinar e intersetorial para sua reorientação, buscando enfrentar de uma forma mais global os problemas de saúde encontrados na população. Diversos aspectos interligados podem influenciar nessa dinâmica, como mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, a expansão da APS, a intensificação do debate da integralidade do cuidado e das necessidades na atenção à saúde.

A dimensão organizacional do cuidado assume a organização das práticas de saúde através do trabalho em equipe e dos dispositivos que permitem a abordagem integral e longitudinal dos problemas de saúde da população vinculada. Para Pinto e Coelho (2010) existem diversas formas de organização do trabalho da equipe, essas devem *levar em conta os aspectos locais, os problemas de saúde específicos de cada lugar, os costumes locais, os interesses e desejos dos usuários, mas também as características da própria equipe e dos seus modos preferenciais de trabalhar*. Assim, além do enfrentamento dos problemas de saúde dos indivíduos, suas famílias e a comunidade deve-se atentar para um processo de trabalho em que os profissionais se reconheçam em sua prática.

A própria inserção da APS no território cria condições para que as necessidades de saúde se manifestem, desafiando as limitações e competências individuais dos profissionais das equipes. Assim, a interdisciplinaridade passa a ser cobrada não só pela vontade de alguns, mas

também a partir das demandas da população. Por outro lado, segundo Campos (2000), a ordem tradicional dos serviços reforça o isolamento profissional, produz fragmentação e dificulta o trabalho em equipe, pois nela os profissionais, pares ou de diferentes áreas, somam procedimentos, lado a lado, supondo que cumprindo sua parte garantirão a qualidade do todo da atenção à saúde.

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Destaca-se, aí, a formação e educação dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na Saúde da Família, importante desafio para o êxito das práticas de saúde propostas.

Produzir cuidado na ESF exige do trabalhador a postura interdisciplinar e aprimoramento individual em habilidades múltiplas, além da visão interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos. Mas ainda assim, não raras vezes encontramos profissionais em que sua prática se reduz ao consultório na ESF.

Ainda na dimensão organizacional contamos em alguns arranjos da ESF com a figura do gerente local. Fortuna (1999) analisa o papel deste gestor como desencadeador dos processos de revisão do trabalho, favorecendo a reconfiguração das equipes no sentido de maior integração e compartilhamento do poder. Para a autora, o trabalho em equipe requer a revisão da rede de micropoderes e das materializações daquilo que está instituído, de modo a revelar o explícito e o implícito dos papéis assumidos e adjudicados e dos objetivos em disputa no serviço.

O trabalho em equipe desta forma é um tema relacionado à organização do trabalho e coloca em questão a formulação e utilização de ferramentas que permitam sua construção e sustentação ao longo do tempo. Peduzzi (2011) ressalta que o trabalho em equipe como ferramenta do processo de trabalho em saúde requer, do gerente, a composição de um conjunto de instrumentos – construir e consolidar espaços de troca entre os profissionais, estimular os vínculos profissional-usuário e usuário-serviço, estimular a autonomia das equipes, em particular à

construção de seus próprios projetos de trabalho, e promover o envolvimento e o compromisso de cada equipe e da rede de equipes com o projeto institucional.

Na dimensão profissional do cuidado a diferença entre o que é prescrito pela gestão e o que é efetivamente realizado na prática se constitui em uma possível regra. Pinto & Coelho (2010) afirmam que por mais bem estruturadas que se encontrem as rotinas de trabalho, as diretrizes clínicas ou assistenciais e as orientações da gestão, em cada ato ou ação, na interação com o usuário, o trabalhador da saúde se vê diante de um encontro singular. O grau de liberdade e de responsabilidade pelas ações é com frequência maior do que em outras áreas de conhecimento. Vale ressaltar que essa autonomia não exclui suas ações do compromisso com a gestão, com a organização e com os interesses dos usuários, famílias e comunidades.

No cotidiano dos serviços essa contradição gera tensões entre as necessidades de saúde da população e a cobrança de um modelo procedimento-centrada e a necessidade de uma clínica ampliada para a gestão do cuidado de forma eficaz. Mesmo pensando em saúde, na dimensão da família e da comunidade, é imprescindível considerar o indivíduo como ponto de referência. Ayres (2000) coloca que não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos.

Ao admitirem um conceito de saúde que vai além do bem estar físico, social e mental, os profissionais de saúde se depararam com uma doença que também não é a simples ruptura deste tripé. Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade. A doença se coloca de forma singular e nem sempre audível e visível aos profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, é substancial a criação de um espaço relacional que extrapole e sobreponha o saber-fazer científico e tecnológico, ainda que nele se estabeleçam apoios. Trata-se, dito de outro modo de também valorizar saberes que

se distinguem da universalidade das ciências e técnicas, como um saber preocupado, ao assistir, com o “outro”, em sua totalidade (Ayres, 2000). Essa apreensão de cuidado se articula intimamente à noção de integralidade.

A integralidade constitui um dos pilares filosóficos da proposta do SUS no Brasil e, no interior da matriz conceitual de alguns programas, exerce uma onipresença pluridimensional que impõe um olhar ampliado sobre o homem, a saúde e o cuidado, traduzidos na necessidade de múltiplos olhares sobre um dado objeto (Alves, 2005). É nessa direção que buscamos pensar a integralidade em saúde, que de acordo com Louzada, Bonaldi e Barros (2010) vai além do texto, da lei, se constrói no dia-a-dia dos serviços, no diálogo entre os diversos agentes sociais que compõem o SUS. Assim não tem um sentido estável, a partir do que está instituído, mas no vai e vem dos movimentos constantes de transformações das práticas de saúde.

Nesse contexto é inevitável a existência de certa indefinição de limites entre as disciplinas. O mesmo ocorre com os campos de prática. Segundo Campos (2000) a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dão mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos em um saber e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

O apoio matricial em saúde dispõe de retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Segundo Campos (2007), trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação. Além disso, Campos discute o apoio matricial como uma metodologia do trabalho em saúde para lidar com problemas complexos numa perspectiva interdisciplinar.

Esse apoio pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever

critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

As equipes de saúde têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Mantêm-se a responsabilização e o vínculo com a população de seu território, encarregando-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal. A continuidade do cuidado ou vínculo longitudinal é compreendido pelas autoras Cunha & Giovanella (2011) como “*relação terapêutica entre paciente e profissionais da equipe de Atenção Primária em Saúde (APS) ao longo do tempo, que se traduz na utilização da unidade básica de saúde (UBS) como fonte regular de cuidado para os vários episódios de doença e cuidados preventivos*”.

A partir da articulação com diferentes formações, estrutura-se, aos poucos, uma prática de saúde alargada em que as várias dimensões da doença passam a ser enfrentadas. Dessa forma, cada trabalhador é responsável por todas as ações da equipe. Com essa harmonia das diferentes práticas se desenvolve o sentimento de pertencimento à equipe e de comprometimento com o outro.

Em consonância a exposição realizada até o momento sobre as práticas de saúde na produção do cuidado, Silva (2011) afirma que para que a coordenação do cuidado aconteça, uma das maiores dificuldades é qualificar a atenção primária. Segundo o autor, muitos dos desafios se relacionam com o nível micro, como a organização do cuidado clínico, o vínculo com os usuários, a longitudinalidade da atenção e a concepção que a equipe tem do processo saúde-doença. Por serem desafios que dependem de mudanças na forma de agir e na vontade dos sujeitos, a revisão realizada pelo autor aponta como caminhos para trabalhar esses nós-críticos a gestão colegiada, a valorização do modelo usuário-centrado em detrimento do modelo procedimento-centrado, além da clínica ampliada para o trabalho em equipe multidisciplinar.

Considerando as prerrogativas anteriores, Silva (2011) afirma que a qualificação da APS para ser coordenadora do cuidado implica em superar os desafios. Dessa forma, sugere como diretrizes no processo de qualificação da APS os seguintes passos: reafirmar o conceito abrangente da APS; adequar a oferta e o preparo dos profissionais; organizar o processo de trabalho no espaço do território; a ampliação do escopo de ações e apoio matricial à APS.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo e Abordagem

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo seccional, de cunho descritivo-exploratório, considerando que a partir da aplicação de um instrumento de pesquisa, é possível alcançar o conhecimento a respeito de um comportamento a ser estudado, com abordagem quantitativa.

“Pesquisa Exploratória-descritiva que têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno como, por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativamente ou qualitativamente quanto a acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante. Dá-se procedência ao caráter representativo sistematicamente, em conseqüência, os procedimentos de amostragem são flexíveis” (LAKATOS, 1998, p.188).

Para tanto foi realizada uma pesquisa de campo, com coleta de dados primários, com o objetivo de analisar estratégias de coordenação do cuidado a partir das perspectivas dos profissionais da ESF.

“Pesquisa de campo é aquela usada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca do problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles”. (LAKATOS, 1998, p.186)

3.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido nas unidades de saúde da família (USF) da Área Programática (AP) 5.2 do município do Rio de Janeiro, que compreende os bairros de Campo Grande e Guaratiba.

A área possui 28 USF, destas participaram do estudo 26, uma vez que duas receberam implantação das equipes de saúde da família recentemente. As 26 unidades onde foram realizadas as entrevistas compreendem 07 unidades mistas, ou seja, possuem equipes de saúde da família e também profissionais que atuam conforme o modelo tradicional. O tempo de inauguração de ESF destas unidades varia, tendo a mais antiga 11 anos e a mais recente 01 ano. No período que foi realizado o estudo a área possuía um total de 112 equipes de saúde da família, que cobrem 57,45% da população de seu território (SUBPAV, 2012). Dentre as equipes de saúde da família, 74% recebem apoio do NASF.

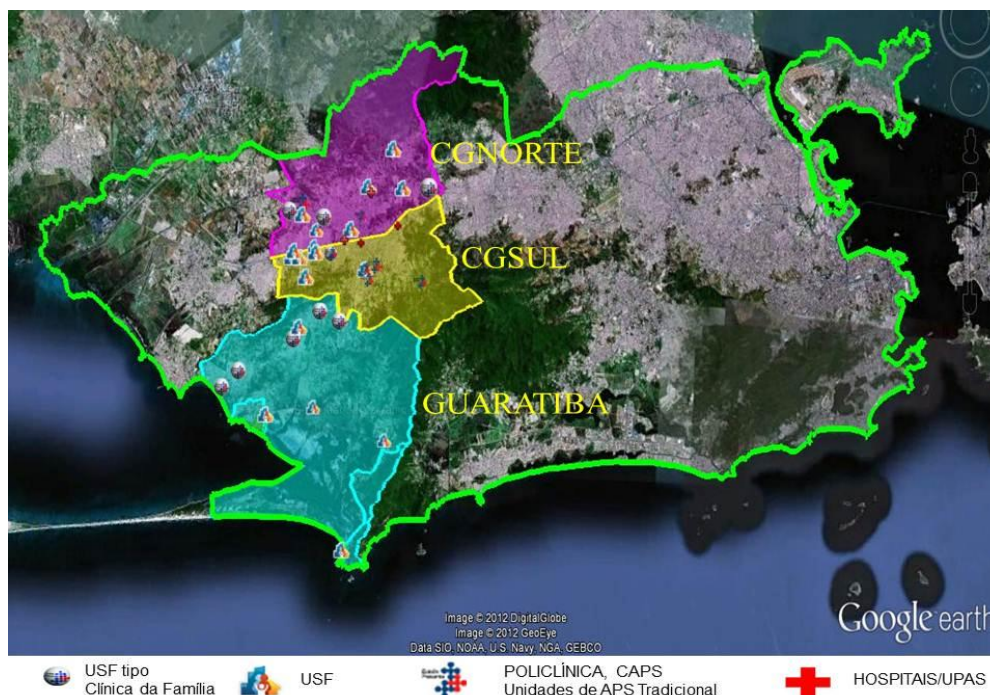
Embora o cenário do estudo seja apenas as Unidades de Saúde da Família, considerando a temática abordada de coordenação do cuidado e sua relação direta com a RAS, é relevante caracterizar a AP 5.2 no que se refere à rede de serviços públicos de saúde que estão alocados em seu território conforme quadro a seguir:

Quadro 1- Serviços de Saúde da AP 5.2 segundo esfera e tipo de unidade, 2013.

Esfera	Tipo de Unidade	Total
Municipal	Unidade de Saúde da Família (USF)	19
	Unidade de APS Mista: USF e modelo tradicional	09
	Unidade de APS modelo tradicional	01
	Policlínica	01
	Centro de Atenção Psicossocial	02
	Centro de Atenção Psicossocial Infantil	01
Estadual	Unidade de Pronto-Atendimento (UPA)	02
	Hospital Geral	01

A população residente da AP 5.2 é de 665.198 habitantes (IBGE, 2010), sua área de 305,92 Km² corresponde a 24,98% da extensão territorial do município.

Figura 3 – Mapa do Território da AP 5.2, Rio de Janeiro, 2013.



3.3 Participantes e Critérios de Seleção

A população alvo do estudo foram os enfermeiros e médicos que atuavam nas equipes de saúde da família no período do estudo, além dos profissionais que compunham o NASF da AP 5.2. Considerou-se, portanto, para inclusão, todos os profissionais com vínculo trabalhista (CLT ou estatutários); excluindo-se apenas estagiários ou alunos da residência multiprofissional (residentes médicos e com contratação trabalhista pela OSS foram incluídos). Nesse universo, estão incluídos também, os médicos e enfermeiros responsáveis técnico das unidades.

O número total de participantes estimado era de 256 profissionais, uma vez que se previa encontrar, minimamente, entre as 112 equipes de saúde da família o quantitativo de 112 enfermeiros, 112 médicos e 32 profissionais do NASF, resultando num total de 256 profissionais.

A escolha dessas categorias profissionais se deu ao fato de estarem diretamente ligados às atividades que envolvem a coordenação do cuidado em si, incluindo a referência e articulação entre os níveis de atenção.

Dessa forma, os participantes elegíveis - todos os profissionais dentro das categorias estipuladas, que estavam presentes nas unidades de saúde no período do campo que compreendeu os meses de maio e junho - foram convidados a participar do estudo, compondo um censo dos profissionais da APS na área 5.2.

Sendo assim, acabou se tornando um critério operacional de exclusão de sujeitos no estudo os profissionais que se encontravam de férias ou licença durante o período da realização do campo em sua unidade. O fluxograma dos profissionais que participaram do estudo está mais bem especificado nos resultados do estudo.

3.4 - Instrumentos e Processo de Coleta de Dados

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário auto aplicado, anônimo e individual para médicos e enfermeiros (ANEXO A) e para os profissionais do NASF (ANEXO B). O questionário é composto por questões fechadas que abordaram as categorias e variáveis sobre a coordenação do cuidado selecionadas para análise nesse estudo a partir da perspectiva dos sujeitos. Vale ressaltar que como foi respondido pelos sujeitos e os mesmos estão implicados nas temáticas questionadas, pode ser considerado como uma autoavaliação.

A autoavaliação é um dos processos avaliativos que fazem parte das avaliações do tipo interna. Dessa forma, se por um lado há a vantagem de o avaliador conhecer bem a intervenção/programa que se deseja avaliar, por outro esse envolvimento intenso com o objeto a ser avaliado pode ocasionar uma avaliação subjetiva, sendo esta uma limitação.

Os dois instrumentos de coleta de dados, para médicos e enfermeiros (ANEXO A) e para os profissionais do NASF (ANEXO B), foram estruturados em seções, de forma igual, como relacionado abaixo:

- Seção A – Perfil do Profissional
- Seção B – Organização do Trabalho em equipe de Saúde da Família (ANEXO A) e em equipe do NASF (ANEXO B)
- Seção C – Apoio Matricial – Integração NASF e ESF
- Seção D – Coordenação e Integração na Rede dos Serviços de Saúde

As seções A, B e D foram retiradas do questionário utilizado por na pesquisa realizada por ALMEIDA (2010), que por sua vez foi proveniente da pesquisa de Giovanella et al (2009), exceto por alguns subitens que foram introduzidos. Apesar do instrumento da autora possuir mais categorias, apenas essas seções foram utilizadas do questionário, uma vez que este estudo está centrado no objeto coordenação do cuidado. Já a seção C de apoio matricial foi criada com base no instrumento de autoavaliação para as equipes do NASF desenvolvido pelo Telessaúde de Santa Catarina (2012).

Apesar dos dois instrumentos estarem divididos nas mesmas seções, eles não são idênticos, uma vez que foi retirado do ANEXO B, para os profissionais do NASF, alguns subitens que competiam apenas ao trabalho da equipe de saúde da família, entendendo a diferenciação de papel da mesma com a equipe do NASF.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa da instituição proponente (CEP/ENSP/Fiocruz) e da Secretária Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. A coordenadora da Área Programática e os gestores das USF foram avisados através de e-mail em relação ao estudo para ciência também dos profissionais das unidades. Após isso o processo de coleta de dados ocorreu em dia previamente marcado com o gestor.

A intenção inicial era que a coleta ocorresse durante os turnos de reunião de equipe, ou no período das 17 às 20 horas, devido ao menor movimento na unidade. Entretanto, devido ao curto tempo do campo e ao alto número de unidades cujas reuniões de equipe ocorrem no mesmo dia e horário, não foi possível seguir a intenção inicial.

No momento da coleta foi pedida a autorização dos sujeitos para uso dos seus dados na pesquisa e a explicação sobre o estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os profissionais receberam instruções quanto ao preenchimento do questionário que foi recebido e entregue dentro de envelopes fechados de forma a preservar o anonimato. Muitos questionários não puderam ser respondidos e entregues no mesmo dia devido à agenda de atendimentos dos profissionais. Nesses casos os questionários foram entregues posteriormente. Também não foi possível marcar uma data posterior para entrevista dos profissionais que não estavam presentes no momento da primeira marcação. Para esses profissionais foi deixado o questionário, o termo de consentimento livre e esclarecido, além de orientações para o preenchimento do questionário, para posterior devolução.

3.5 - Processamento e Análise dos Dados

A análise dos dados procedeu paralelamente à coleta. Foram recebidos 160 questionários, sendo que todos passaram por uma verificação de consistência antes da digitação. Apenas 03 questionários não passaram na verificação de consistência por conterem o mesmo padrão de resposta em todo o questionário ou por ter grande parte das questões em branco devido ao pouquíssimo tempo atuando na função. Após a verificação de consistência os 157 questionários consistentes foram digitados e consolidados no programa estatístico SPSS 20.0.

A análise foi realizada conforme matriz de categorias de análise definidas de acordo com revisão de literatura explicitada no referencial teórico, principalmente com base no estudo realizado por Giovanella (2009) e Almeida (2010), conforme o Quadro 2.

As categorias de análise compreendem o perfil dos sujeitos; a divisão organizacional do trabalho em equipe; o apoio matricial; e a coordenação e integração na rede dos serviços de saúde.

A primeira categoria objetiva descrever o perfil dos sujeitos do estudo, ou seja, o perfil dos médicos, enfermeiros e profissionais do NASF, seu tempo de inserção na ESF, a natureza do vínculo profissional, e seu nível de instrução,

entendendo como fator de qualidade a realização da especialização em saúde da família.

Já a categoria de divisão organizacional do trabalho em equipe objetivou examinar se há organização conjunta das atividades, o compartilhamento dos casos pela equipe de saúde da família; e o uso do espaço de reunião de equipe para planejamento, avaliação e discussão do caso. Não se pretendeu aprofundar no processo de trabalho em si, mas conhecer esses indicadores relatados é fundamental para abordagem da coordenação do cuidado, uma vez que esta é uma atribuição da equipe, e para tanto deve haver integração entre as práticas de cuidado dos diferentes profissionais envolvidos, também no mesmo nível de atenção.

Como já dito, o NASF é um importante dispositivo para a coordenação do cuidado uma vez que aumenta a resolutividade da equipe e auxilia na condução dos casos, dessa forma a categoria de apoio matricial analisou o compartilhamento dos casos, além do acompanhamento e elaboração de projetos terapêuticos singulares, de que forma se dá o apoio à equipe de saúde da família, entre outras questões.

A coordenação e integração na rede dos serviços de saúde buscou analisar a capacidade resolutiva da APS, mecanismos de integração, a organização dos fluxos para atenção especializada e o acesso e utilização dos serviços especializados.

A capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde verificou a avaliação dos sujeitos quanto à resolutividade da equipe, além do suporte para capacidade de resolutividade da APS, como a existência de insumos e suporte laboratorial necessários, bem como a abordagem integral e longitudinal dos problemas de saúde, necessários para a coordenação do cuidado.

Compreendendo a necessidade de mecanismos de integração que conectem os diferentes atores envolvidos no cuidado, independente do nível de atenção que estejam, analisou-se a continuidade informacional e a utilização das diretrizes clínicas nesse sentido. Outra variável estudada foi a organização dos fluxos para atenção especializada, verificando o percurso mais comum do usuário para acessar a atenção especializada, a gestão das listas de espera e a existência de fluxos formalizados para acesso aos demais níveis.

E por fim, a variável de acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar objetivou avaliar se há concretização do agendamento para esses serviços em tempo oportuno, ou seja, se a APS consegue garantir esse acesso conforme especificado na Política Nacional de Atenção Básica e nas diretrizes da Rede de Atenção à Saúde.

Quadro 2 – Dimensões, variáveis e indicadores de análise.

DIMENSÕES	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Perfil Profissional	-	Características dos sujeitos	Distribuição dos participantes por gênero; faixa etária; categoria profissional, vínculo empregatício, responsabilidade técnica, nível de instrução: especialização completa, residência completa, mestrado e doutorado; formação em saúde da família; tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família.
Organização do Trabalho em Equipe	-	Trabalho em equipe (Equipe de Saúde da Família e equipe de NASF)	% de profissionais que afirmam que sempre ou na maioria das vezes a equipe organiza de forma conjunta a programação de atividades; % de profissionais que afirmam que sempre ou na maioria das vezes a equipe tem o hábito de discutir os casos; % de profissionais que afirmam que sempre ou na maioria das vezes as ações entre os profissionais das equipes se dão de forma complementar; % de profissionais que afirmam que sempre ou na maioria das vezes a equipe realiza semanalmente sua reunião de equipe como espaço para planejamento, avaliação e discussão de caso; % de profissionais que afirmam que poucas vezes ou nunca a relação entre a equipe é conflituosa.

DIMENSÕES	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Organização do Trabalho em Equipe (Cont.)	-	Abordagem integral e longitudinal dos problemas de saúde	% profissionais que sempre ou na maioria das vezes disponibilizam tempo suficiente para os pacientes falarem a respeito de seus problemas e preocupações; % de profissionais que avaliam de forma satisfatória ou muito satisfatória: a capacidade de conhecer os problemas de saúde da população; a garantia de acesso a toda população; garantia de atendimento a atenção especializada; acolhimento às demandas livres; articulação com outros setores sociais; conhecer o histórico de saúde da população; acompanhamento dos grupos prioritários; realizar ações educativas; realização de suturas e pequenas cirurgias.
Apoio Matricial	-	Processo de Trabalho entre NASF e Equipe de Saúde da Família	% profissionais que contam com o apoio do NASF; periodicidade do apoio; Atividades desenvolvidas pelo NASF; % profissionais que concordam que o NASF aumenta a capacidade de resolução da equipe; % profissionais que concordam que todas as ações desenvolvidas pelo profissional do NASF são precedidas de discussão de casos e acordos com os profissionais da ESF; % profissionais que concordam que todos os profissionais do NASF promovem ações de educação permanente com os profissionais da ESF; % profissionais que concordam que quando necessário, os profissionais da ESF conseguem se comunicar com os profissionais do NASF quando os mesmos não estão presentes na sua unidade; % profissionais que concordam que o tempo médio de espera entre a solicitação de apoio e a realização da atividade fim é satisfatório; % profissionais que concordam que o NASF tem disponibilidade de realizar atividade assistencial direta quando necessário; Forma mais frequente de acionar o apoio do NASF. Existência de cronograma articulado de reuniões entre ESF e NASF; Desenvolvimento de ações intersetoriais e projetos de saúde no território pelos profissionais do NASF em conjunto com as equipes vinculadas.

DIMENSÕES	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Coordenação e Integração na Rede dos Serviços de Saúde	Capacidade Resolutiva da APS	Suporte para capacidade de Resolutividade da USF	% profissionais que acham satisfatório ou muito satisfatório a realização de exames; % profissionais que afirmam que a USF sempre coleta exames; % profissionais que afirmam que a USF realiza sutura e pequenas cirurgias; % profissionais acham satisfatório ou muito satisfatório a distribuição regular de medicamentos;
		Avaliação geral da capacidade de resolução da equipe	% de profissionais que avaliam de forma satisfatória a capacidade de intervir positivamente sobre os problemas de saúde da população; % de profissionais que avaliam de forma satisfatória a resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela ESF; % de profissionais que avaliam que a população atendida procura menos os serviços hospitalares de especializados.
	Mecanismos de Integração	Instrumentos de Referência e contra referência para atenção especializada	Existência de instrumentos de referência e contra referência; % de médicos que fornecem informações por escrito sem/na maioria das vezes quando o paciente é referenciado para outro serviço; % de profissionais que recebem contra referência sempre/na maioria das vezes que o usuário retorna de outros serviços.
		Instrumentos para continuidade informacional	% profissionais que utilizam sempre, na maioria das vezes o prontuário eletrônico; % de profissionais que referiram fazer registros no prontuário após cada consulta; existência de sistema de informação integrado; % profissionais que concordam que o prontuário eletrônico fornece informações dos atendimentos prestados em outros serviços.
		Diretrizes clínicas	% profissionais que conhecem as linhas de cuidado e protocolo municipais de regulação; % profissionais que sempre ou na maioria das vezes se baseia em diretrizes para condução de casos.
	Organização do Fluxo para Atenção Especializada	Percurso mais comum do usuário para acesso a atenção especializada	Percurso mais comum do usuário desde o atendimento na USF ao encaminhamento para atenção especializada segundo profissionais.

DIMENSÕES	SUBDIMENSÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Coordenação e Integração na Rede dos Serviços de Saúde	Organização do Fluxo para Atenção Especializada	Prática sistemática de análise dos encaminhamentos	Existência de prática de gestão da fila de espera de encaminhamentos para atenção especializada; Existência de revisão de prontuário.
		Fluxo formalizado para acesso aos demais níveis	Existência de fluxo formalizado para acesso aos demais níveis de atenção; % profissionais que sempre ou na maioria das vezes utilizam normas definidas para referência e contrareferência. % profissionais que se baseiam em linhas de cuidado e guideline para conduta terapêutica.
	Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar	Acesso a utilização dos serviços de apoio diagnóstico, atenção especializada e hospitalar	% de médicos que conseguem realizar sempre/ na maioria das vezes agendamento para serviços de apoio diagnóstico, atenção especializada e hospitalar (cirurgia eletiva); Média de tempo de espera para os pacientes referenciados a outros níveis.

Após a coleta os questionários foram consolidados e foi realizada uma análise descritiva de acordo com as dimensões descritas. Os dados foram distribuídos de acordo com a frequência, separados segundo padrão de resposta de médicos e enfermeiros em um grupo e dos profissionais do NASF no outro grupo.

Cabe ressaltar que as questões que foram deixadas em branco ou respondidas com o padrão “não sei” foram retiradas da consolidação evidenciada nas tabelas dos resultados. Desta forma, o número total de respostas em cada item pode variar de acordo com a abstenções das questões.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Esta pesquisa fez uso da Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Ministério da Saúde, que destaca os compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, a nível individual e coletivo, já que envolve seres humanos, de forma direta ou indireta, assegurando e respeitando os direitos dos participantes.

Quanto aos riscos, o único existente seria a identificação do sujeito através do questionário pelo pesquisador. Contudo, o estudo não ofereceu risco aos sujeitos, uma vez que o mesmo respeitou o sigilo das informações e a identidade dos sujeitos, através do questionário anônimo e da entrega do questionário em envelope, não permitindo assim a associação entre questionário e sujeito no momento da análise.

Após abordagem inicial, foi explicada a relevância da pesquisa e assegurado o caráter confidencial da identidade dos sujeitos, assim como a importância de sua colaboração para a pesquisa realizada. Dessa forma, os sujeitos foram consultados sobre o interesse e a concordância para participar da pesquisa por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Vale destacar que foi pedida autorização à Coordenadora da Área Programática e ao gestor da unidade de saúde para o desenvolvimento do estudo e que a pesquisa somente foi desenvolvida após a avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ.

4. RESULTADOS

Do total de 256 profissionais estimados inicialmente, foram efetivamente estudados 157 profissionais da APS da área 5.2. O fluxograma de captação dos profissionais para o estudo, com número, motivos de não localização e perdas dos mesmos é descrito na figura 4.1.

Figura 4 – Profissionais previstos, esperados e entrevistas realizadas.



O número total de médicos, enfermeiros e profissionais do NASF previsto era 256. Durante a realização do campo para coleta percebeu-se que 12 equipes estavam sem médico e 07 equipes sem enfermeiro. Além disso, 07 profissionais encontravam-se de licença médica ou maternidade e 10 estavam de férias no momento da realização da coleta em sua unidade. Desse modo a evidenciação

desse desfalques nas equipes, seja por falta do profissional, licença ou férias, fez com o número de sujeitos esperados passasse para 220 profissionais.

Durante a coleta no campo 160 profissionais responderam o questionário, correspondendo a 72,7% do número esperado de profissionais. Desse modo a perda foi de 60 profissionais, 27,3% dos profissionais esperados. As perdas ocorreram na maior parte dos casos por profissionais que não se encontravam na unidade no dia da coleta e não retornaram o questionário preenchido. Apenas 03 profissionais se negaram explicitamente a participar do estudo.

Dos 160 questionários recolhidos, 03 não passaram na verificação da consistência, 02 por apresentarem o mesmo padrão de resposta nas questões do início ao fim do questionário e 01 devido a maior parte das questões estarem em branco, uma vez que o profissional estava atuando há menos de uma semana. Desse modo preferiu-se excluir esses três questionários e incluir para análise do estudo os demais 157 questionários.

Desta forma os 157 questionários utilizados no estudo correspondem a 72 enfermeiros, 58 médicos e 27 profissionais do NASF. As categorias profissionais do NASF que participaram estão listadas na tabela 1 com sua respectiva frequência.

Tabela 1 – Profissionais do NASF entrevistados segundo categoria profissional, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

Categoria Profissional	f	%
Fisioterapeuta	05	18,6
Assistente Social	04	14,8
Nutricionista	04	14,8
Fonoaudiólogo	03	11,1
Psicólogo	03	11,1
Médicos ginecologistas	02	7,4
Médico pediatra	01	3,7
Médico dermatologista	01	3,7
Médico psiquiatra	01	3,7
Professor de educação física	01	3,7
Sanitarista	01	3,7
Terapeuta ocupacional	01	3,7
Total	27	100

Os resultados foram agregados conforme as dimensões analisadas, considerando que o cuidado se expressa em diferentes dimensões e que a coordenação do cuidado depende de uma integração de ações e serviços que se expressam em diferentes esferas. Dessa forma este capítulo foi subdividido em:

- Caracterização geral dos profissionais entrevistados;
- Organização do processo de trabalho em equipe;
- Abordagem integral, longitudinal e resolutiva da APS;
- Apoio Matricial na coordenação do cuidado e a sua operacionalização no cotidiano dos serviços da APS;
- Coordenação e integração na rede dos serviços de saúde.

Sendo assim pretende-se analisar as estratégias de coordenação do cuidado em cada dimensão exposta.

4.1 – Características dos Profissionais Estudados

Compreender melhor o perfil e características dos profissionais que participaram do estudo, ou seja, conhecer melhor as características dos profissionais que hoje atuam na APS protagonizando as ações da estratégia de saúde da família da AP 5.2 junto com outros colaboradores, é essencial para a análise da APS e consequentemente da coordenação do cuidado.

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos profissionais entrevistados. Do total de profissionais esperados entre médicos, enfermeiros e profissionais do NASF, foram entrevistados 157, atingindo um percentual de aproveitamento de 71,3%.

Tabela 2 - Profissionais entrevistados na AP 5.2, município do Rio de Janeiro, 2013.

Categoria Profissional	F	%
Enfermeiros	72	45,9
Médicos	58	36,9
Profissionais do NASF	27	17,2
Total	157	100

A maior parte dos entrevistados, 45,9%, foram enfermeiros apesar da composição entre estes e médicos nas equipes de Saúde da Família seja igual numericamente. Além disso, 36,9% dos profissionais que participaram foram médicos, seguidos de 17,2% de profissionais do NASF.

Tabela 3 – Distribuição dos Profissionais entrevistados segundo gênero, faixa etária, responsabilidade técnica e vínculo empregatício, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros		Profissionais do NASF	
	f	%	f	%
GÊNERO				
feminino	102	78,5	23	85,2
Masculino	28	21,5	4	14,8
Total	130	100	27	100
FAIXA ETÁRIA				
20 – 29 anos	40	30,8	4	14,8
30 – 39 anos	46	35,4	8	29,6
40 – 49 anos	26	20,0	11	40,7
Maior ou igual á 50 anos	18	13,8	4	14,8
Total	130	100	27	100
MÉDICOS E ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS				
SIM	33	26,0		
NÃO	94	74,0		
Total	127	100		
VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
Celetistas	118	90,8	18	66,6
Servidor público estatutário	12	9,2	9	33,3
Total	130	100	27	100

A tabela 3 apresenta parte das características dos profissionais entrevistados. Quanto ao gênero, a característica observada é a feminização encontrada entre 78,5% dos médicos e enfermeiros e 85,2% dos profissionais do NASF que participaram do estudo. Observa-se também que a maior parte de médicos e enfermeiros está na faixa etária de adulto jovem, com 35,4% em 30 a 39 anos e 30,8% com 20 a 29 anos. Diferentemente dos médicos e enfermeiros, a maior parte dos profissionais do NASF estão na faixa etária de acima de 40 anos.

Ainda que de forma minoritária, a participação dos responsáveis técnicos é importante para o estudo em razão do papel que exercem na coordenação do cuidado e na regulação entre os níveis assistenciais.

Considerando que o total de unidades de saúde da família da AP 5.2 no momento do estudo eram 26, esperava-se encontrar 52 responsáveis técnicos médicos e enfermeiros. Sendo assim os 33 profissionais correspondem a 63,5% do total de responsáveis técnicos esperados. Entretanto 07 dessas unidades são mistas e não necessariamente os responsáveis técnicos atuam na estratégia de saúde da família. De toda forma, o número de responsáveis técnicos foi menor que o esperado, ainda assim foi uma participação expressiva para o estudo.

O vínculo empregatício dos profissionais se resume entre celetistas e servidores públicos estatutários, ambos vínculos estáveis. Na maior parte dos dois grupos a predominância foi de celetistas, 90,8% dos médicos e enfermeiros e 66,6% dos profissionais do NASF. Apesar disso, percebe-se notória diferença entre a proporção de servidores públicos estatutários nos dois grupos, sendo cerca de três vezes maior entre profissionais estatutários do NASF com relação aos médicos e enfermeiros.

A tabela 4 apresenta características quanto à formação *lato sensu* dos profissionais entrevistados.

Tabela 4 - Formação *lato sensu* dos profissionais médico/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros		Profissionais do NASF	
	f	%	f	%
POSSUI CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO COMPLETO				
SIM	83	63,8	19	70,4
NÃO	47	36,2	8	29,6
Total	130	100	27	100
CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO MENCIONADOS				
Saúde da Família / Gestão em Saúde da Família	29	22,3	6	22,2
Saúde Pública / Saúde Coletiva	16	12,3	1	3,7
Outras especializações	61	46,9	16	59,2
POSSUI CURSO DE RESIDÊNCIA COMPLETO				
SIM	24	18,5	4	14,8
NÃO	106	81,5	23	85,2
Total	130	100	27	100
CURSOS DE RESIDÊNCIA MENCIONADOS				
Medicina de Família e Comunidade	04		0	
Saúde Pública	02		0	
Outras residências específicas	23		04	

Observa-se que 63,8% dos médicos e enfermeiros e 70,4% dos profissionais do NASF possuem especialização completa. Entretanto, apesar da grande porcentagem de profissionais que possuem especialização completa, observa-se um número baixo destes que possuem curso de especialização em saúde da família e saúde pública. Apenas 22,3% do total de médicos e enfermeiros participantes possui especialização em saúde da família ou gestão em saúde da família e 12,3% em saúde pública ou saúde coletiva. Já os profissionais do NASF, apesar de especialistas e da sua entrada recente na composição das unidades de saúde da família, apresentaram a mesma proporção de 22,2% dos profissionais com curso de saúde da família ou gestão em saúde da família.

Com relação à residência, apenas 18,5% dos médicos e enfermeiros e 14,8% dos profissionais do NASF fizeram o curso de residência. Ao especificar o curso de residência realizado observa-se que a maior parte desses cursos corresponde a temáticas variadas e específicas de especialidades. Apenas 04 médicos

mencionaram a Residência de Medicina de Família e Comunidade e 02 enfermeiros a Residência em Saúde Pública, nenhum dos profissionais do NASF possui residência em saúde da família ou saúde pública.

Quanto ao *Stricto Sensu*, apenas 02 profissionais possuem o Mestrado completo, um médico e uma enfermeira, ambos em áreas diferentes da Saúde Pública. Nenhum profissional possui doutorado.

Os serviços de saúde também são importantes para consolidar habilidades e competências na formação dos novos profissionais. Uma das estratégias utilizadas pelos serviços como forma de promover as necessárias mudanças tem sido através dos processos educativos. Essas propostas podem ser observadas entre os entrevistados na tabela 5.

Tabela 5 - Realização de algum curso com enfoque em Saúde da Família, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros		Profissionais do NASF	
	F	%	f	%
SIM	51	41,1	8	29,6
NÃO	73	58,9	19	70,4
Total	124	100	27	100

Entre os médicos e enfermeiros, 41,1% realizaram algum curso com enfoque em saúde da família. Quanto ao NASF, menos de um terço dos profissionais do NASF já realizaram esses cursos.

Tabela 6 – Médicos/enfermeiros e profissionais do NASF segundo experiência anterior em saúde da família, tempo de atuação na ESF e tempo na atual eSF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros		Profissionais do NASF	
	f	%	f	%
Antes de atuar na atual equipe possuía experiência anterior em Saúde da Família				
SIM	70	53,8	10	41,7
NÃO	60	46,2	14	58,3
Total	130	100	24	100
Tempo total de Atuação na Estratégia de Saúde da Família				
Até 6 meses	6	4,6	3	11,1
De 7 a 12 meses	20	15,4	0	0,0
De 13 a 24 meses	32	24,6	1	3,7
De 25 a 48 meses	34	26,2	16	59,3
Mais de 4 anos	38	29,2	7	25,9
Total	130	100	27	100
Atuação na Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro				
Sempre na mesma equipe	74	57,1		
Em mais de uma equipe por necessidade gerencial	23	17,9		
Em mais de uma equipe por seu pedido	19	14,8		
Em mais de uma equipe por necessidade gerencial e a seu pedido	13	10,2		
Total	129	100		
Tempo de atuação na atual equipe de saúde da família				
Até 12 meses	28	21,5	7	25,9
13 – 24 meses	33	25,4	2	7,4
Igual ou maior a 25 meses	69	53,1	18	66,7
Total	130	100	27	100

A Tabela 6 evidencia que um número significativo de profissionais, 53,8% dos médicos e enfermeiros e 41,7% dos profissionais do NASF já possuía experiência anterior antes de começarem a atuar na equipe atual onde trabalham. Além disso, mais de 80% dos dois grupos já atua na Estratégia de Saúde da Família há mais de um ano, com uma proporção considerável nos dois grupos que atuam já por mais de dois anos. Outro indicador positivo é que 57,1% dos profissionais médicos e

enfermeiros atuam na ESF do município do Rio de Janeiro sempre na mesma equipe. Ainda, mais de 80% dos dois grupos permanecem a mais de um ano inserido na sua atual equipe.

4.2 – Organização do Processo de Trabalho em Equipe

A Tabela 7 expõe a avaliação dos médicos e enfermeiros com relação ao seu trabalho em equipe na sua equipe de saúde da família, bem como a avaliação dos profissionais do NASF com relação ao trabalho em equipe pela sua equipe NASF.

Tabela 7 – Processo de trabalho em equipe segundo médicos / enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros				Profissionais do NASF			
	Sempre / Na maioria das vezes		Poucas vezes / Nunca		Sempre / Na maioria das vezes		Poucas vezes / Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%
A relação entre a equipe é conflituosa	10	7,8	119	92,2	0	0,0	26	100
Organiza de forma conjunta as atividades	120	93,0	9	7,0	18	66,7	9	33,3
O trabalho individual em torno de um caso é complementar e de conhecimento de toda equipe	118	92,9	9	7,1	16	64,0	9	36,0
Hábito de discutir os casos em equipe	107	82,9	22	17,1	15	55,6	12	44,4
Existência de um turno semanal para reunião de equipe	122	94,6	7	5,4	23	85,2	4	14,8
A reunião é utilizada para discussão de casos e planejamento da equipe	115	89,8	13	10,2	23	88,5	3	11,5

No geral foi evidenciado bom relacionamento entre as equipes, uma vez que para a grande maioria dos dois grupos o relacionamento entre a equipe não é conflituoso. Além disso, percebeu-se que médicos e enfermeiros realizam com frequência atividades em equipe, como o planejamento e

organização das atividades da equipe, discussão de casos e trabalho complementar entre os membros da equipe em torno dos casos.

Quanto ao NASF, 66,7% dos profissionais organizam com frequência e de forma conjunta, as atividades, 64,0% integram de forma complementar com outros membros da equipe em torno de um caso, e apenas 55,6% tem o hábito de discutir os casos em equipe NASF. Desse modo, a avaliação do NASF também demonstrou que metade desses profissionais tem ações compartilhadas em equipe, dessa forma essas ações não estão presentes no cotidiano para um percentual expressivo de profissionais.

Além disso, para a maior parte dos dois grupos o turno de reunião de equipe semanal é garantido e a reunião é utilizada sempre ou na maioria das vezes para discussão de casos e planejamento da equipe.

4.3 – Abordagem Integral, Longitudinal e Resolutiva da Atenção Primária à Saúde

O papel da coordenação do cuidado está intimamente relacionado à forma como a rede e os serviços de saúde estão organizados. Nesse sentido, os sistemas integrados de saúde são os mais coerentes para que a APS seja capaz de coordenar o cuidado. Esses sistemas devem ser organizados através de uma rede contínua de serviços interconectados, onde a APS seja o centro de comunicação da rede.

O centro de comunicação tem como função estratégica promover a coordenação para que seja possível uma boa interação entre todos os pontos da rede. Para que a APS cumpra esse papel, a mesma deve estar de acordo com os atributos de uma APS robusta: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Além disso, como centro de comunicação é importante também que a APS desempenhe as funções de resolutividade, organização dos fluxos e responsabilização pelos usuários. (Mendes, 2012)

Tabela 8 – Resolutividade da Atenção Primária à Saúde segundo médicos / enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros				Profissionais do NASF			
	Muito Satisfatório / Satisfatório		Insatisfatório / Muito Insatisfatório		Muito Satisfatório / Satisfatório		Insatisfatório / Muito Insatisfatório	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Garantir realização de exames necessários	106	82,8	22	17,2	11	44,0	14	56,0
Distribuição regular de medicamentos	124	96,1	5	3,9	22	95,7	1	4,3
Capacidade de Intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	120	94,5	7	5,5	20	74,1	7	25,9
Resolutividade igual ou maior de 80% dos casos atendidos	115	91,3	11	8,7	19	82,6	4	17,4

A Tabela 8 descreve a distribuição da avaliação da resolutividade e do suporte à resolutividade, através de exames e disponibilidade de medicamentos, segundo os profissionais entrevistados. Trata, portanto, da perspectiva desses profissionais com relação a essas questões, e não um estudo avaliativo de resolutividade em si.

A maior parte dos médicos e enfermeiros, 82,8%, avaliou como satisfatório ou muito satisfatório a garantia de realização de exames necessários. No entanto, de modo diferente, apenas 44,0% dos profissionais do NASF avaliou de forma satisfatória ou muito satisfatória a garantia da realização desses exames, mostrando uma dicotomia na avaliação entre esses dois grupos.

Além dos exames, a grande maioria dos dois grupos entrevistados, 96,1% dos médicos e enfermeiros, e 95,7% dos profissionais do NASF,

avaliou de forma satisfatória ou muito satisfatória a distribuição regular de medicamentos.

De modo geral a maioria dos médicos, enfermeiros e profissionais do NASF avaliaram de forma satisfatória ou muito satisfatória a capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde da população e a resolutividade igual ou maior a 80% dos casos atendidos. Entretanto, 25,9% dos profissionais do NASF avaliaram de modo insatisfatório ou muito insatisfatório a capacidade de intervir positivamente nos problemas de saúde da população.

A abordagem integral e longitudinal pela APS também é extremamente importante para que a mesma seja robusta e capaz de coordenar o cuidado dos usuários. A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS e a longitudinalidade da atenção um dos atributos da APS, ambos são enfatizados enquanto fundamentos e diretrizes da APS no Brasil através da PNAB (2012). A Tabela 9 relaciona a avaliação de alguns itens que nos remetem a abordagem integral e longitudinal pela APS.

Tabela 9 – Avaliação das características relativas à Abordagem integral e longitudinal dos problemas de saúde segundo médicos / enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros				Profissionais do NASF			
	Muito Satisfatório / Satisfatório		Insatisfatório / Muito Insatisfatório		Muito Satisfatório / Satisfatório		Insatisfatório / Muito Insatisfatório	
	f	%	f	%	f	%	F	%
Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	119	93,0	9	7,0	16	64,0	9	36,0
Garantir o acesso ao atendimento a toda população cadastrada	101	78,3	28	21,7	19	73,1	7	26,9
Encaminhar para outros níveis de atenção quando necessário	83	64,3	46	35,7	3	13,0	20	87,0
Garantir atendimento em serviços especializados e internação	46	36,8	79	63,2				
Acolhimento das demandas	115	89,8	13	10,2	19	70,4	8	29,6
Realização de suturas e pequenas cirurgias	51	45,1	62	54,9				
Acompanhamento dos grupos prioritários	107	84,2	20	15,8	18	69,2	8	30,8
Articulação com outros setores sociais para enfrentamento dos problemas	72	59,0	50	41,0	12	46,2	14	53,8
Conhecer o histórico completo de saúde dos seus pacientes	103	80,5	25	19,5				
Disponibilizar tempo suficiente para o paciente falar sobre seus problemas	78	60,5	51	39,5	15	57,7	11	42,3
Realizar ações educativas	83	64,3	46	35,7	14	56,0	11	44,0

De acordo com a Tabela 9, 93,0% dos médicos e enfermeiros e 64,0% dos Profissionais do NASF avaliam de forma satisfatória a capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população.

Com relação ao acesso, mais da metade dos dois grupos entrevistados, 78,3% dos médicos e enfermeiros e 73,1% dos profissionais do NASF, avaliou de forma satisfatória ou muito satisfatória a garantia do acesso ao atendimento a toda população cadastrada. Corroborando esses achados, a maior parte dos dois grupos entrevistados também avaliou de modo satisfatório o acolhimento das demandas apresentadas pelos usuários.

O Ato de encaminhar para outros níveis de atenção quando necessário foi avaliado de modo satisfatório por 64,3% dos médicos e enfermeiros e por apenas 13% dos profissionais do NASF. Essa grande diferença no padrão de avaliação entre os dois grupos chama a atenção e será retomada na discussão.

Existe a dificuldade da garantia dos atendimentos especializados e internação por sua vez, já que para 63,2% dos médicos e enfermeiros essa garantia é insatisfatória ou muito insatisfatória. Essa questão foi avaliada apenas por médicos e enfermeiros uma vez que o NASF não possui acesso ao SISREG e as solicitações são realizadas pela equipe.

A realização de suturas e pequenas cirurgias foi um indicativo colocado no estudo para uma APS com escopo de ações ampliado, que provê grande parte das necessidades de saúde dos seus usuários, mesmo nas situações de pequenas cirurgias e suturas, cooperando para um atendimento integral.

Para 54,9% dos médicos e enfermeiros que responderam essa questão a ocorrência dessas atividades ainda é insatisfatória ou muito insatisfatória. Destaca-se também que 14 entrevistados responderam que não sabem e 03 não responderam, dando um total de 17 profissionais que correspondem a 13,1% dos médicos e enfermeiros entrevistados que não avaliaram esse aspecto. Este é mais um fator que evidencia certo desconforto na resposta a essa questão. Esta também foi uma questão respondida apenas por médicos e enfermeiros uma vez que o NASF apoia diversas unidades e não necessariamente acompanha a realização destas atividades nas unidades matriciadas.

O acompanhamento dos grupos prioritários ao longo do tempo foi um indicativo da longitudinalidade. Para a maior parte dos dois grupos entrevistados, 84,2% de médicos e enfermeiros e 69,2% dos profissionais do NASF este acompanhamento é satisfatório ou muito satisfatório. Além disso, 80,5% dos médicos e enfermeiros conhecem o histórico completo de saúde dos seus pacientes.

A realização de ações educativas, articulação intersetorial e disponibilização de tempo para o paciente obtiveram uma porcentagem expressiva de avaliação insatisfatória, 36% e 44%, respectivamente para as equipes e NASF.

4.4 – Apoio Matricial na coordenação do cuidado e a sua operacionalização no cotidiano dos serviços da APS

O apoio matricial se constitui num novo arranjo da organização dos serviços e ações em saúde que confere retaguarda especializada às equipes de referência responsáveis pela condução dos casos.

As Equipes de Saúde da Família, que são as equipes de referência, sempre necessitaram de apoio matricial. Previamente à criação do NASF em 2008 já existia esse apoio, principalmente na área da saúde mental.

O NASF é um dispositivo presente no território da AP 5.2, uma vez que 79,2% dos médicos e enfermeiros entrevistados possuíam apoio do NASF, mas ainda em processo de consolidação. A criação do NASF é de certa forma recente para institucionalizar esse novo modo de atenção num meio permeado por disputas de modelos de atenção à saúde.

Tabela 10 – Distribuição de profissionais que possuem apoio do NASF, periodicidade do apoio e forma que aciona o NASF, segundo médicos / enfermeiros e profissionais do NASF, Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros		Profissionais do NASF	
	f	%	f	%
POSSUI O APOIO DO NASF				
SIM	103	79,2		
NÃO	27	20,8		
PERIODICIDADE DO APOIO				
Semanal	56	55,4	18	69,2
Quinzenal	24	23,8	6	23,1
Mensal	21	20,8	2	7,7
FORMA PELA QUAL ACIONA O APOIO				
Verbalmente pede que o paciente procure o profissional do NASF	0	0,0	2	8,3
Preenche guia de referência encaminhando ao NASF	6	6,1	1	4,2
Marca o paciente para o NASF sem discussão prévia	33	33,7	12	50,0
Discute o caso com o NASF e então faz os devidos agendamentos	59	60,2	9	37,5

A periodicidade do apoio do NASF para a maior parte dos dois grupos, 55,4% dos médicos/enfermeiros e 69,2% dos profissionais do NASF, foi semanal. A pequena diferença entre médicos/enfermeiros e profissionais do NASF pode ser devido à dificuldade dos primeiros conseguirem incorporar em sua agenda turnos para o NASF semanalmente. Ainda assim o NASF consegue manter uma boa periodicidade de apoio às equipes, semanal ou quinzenal.

Quanto à forma mais frequente com que a equipe aciona o apoio, o NASF aponta um déficit na discussão prévia dos casos antes do agendamento das consultas. Já para médicos e enfermeiros há a discussão para então realizar os devidos agendamentos. Embora haja divergências na forma mais frequente de acionar apoio, os dois grupos marcaram opções onde a equipe marca o usuário para o profissional do NASF, ou seja, a equipe se responsabiliza por essa condução, um bom indicativo para a coordenação do cuidado.

Tabela 11 – Distribuição das atividades realizadas entre equipe de saúde da família e NASF e utilização das ferramentas do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

Atividades realizadas entre eSF e NASF	Médicos e Enfermeiros				Profissionais do NASF						
	SIM		NÃO		SIM		NÃO				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Consulta conjunta com especialista	95	92,2	8	7,8	22	81,5	5	18,5			
Discussão de casos clínicos	66	64,1	37	35,9	24	88,9	3	11,1			
Sistematização de informações de saúde da comunidade	9	8,7	94	91,3	2	7,4	25	92,6			
Treinamento de práticas em serviço	19	18,4	84	81,6	10	37,0	17	63,0			
Acompanhamento e controle das atividades realizadas	32	31,1	71	68,9	12	44,4	15	55,6			
Acompanhamento dos riscos mais prevalentes de saúde e dos determinantes sociais	39	37,9	64	62,1	7	25,9	20	74,1			
Discussão de problemas, dificuldades e demandas	46	44,7	57	55,3	19	70,4	8	29,6			
Utilização das Ferramentas do NASF					Sempre / Na maioria das vezes		Poucas vezes / Nunca				
					f	%	f	%			
					13	52,0	12	48,0			
Apoio Matricial								8	34,8	15	65,2
Projeto Terapêutico Singular								2	8,7	21	91,3
Projeto de Saúde no Território											

As principais atividades realizadas entre ESF e NASF colocadas por ambos os grupos foram a consulta conjunta e discussão de casos clínicos. Percebe-se também pouca realização conjunta de atividades de cunho coletivo e de vigilância à saúde: sistematização de informações de saúde na comunidade e acompanhamento dos riscos mais prevalentes de saúde e dos determinantes sociais.

Tal fato provoca o questionamento se de fato ocorre pouca participação do NASF nessas ações, ou se as mesmas não estão sendo realizadas nem mesmo pela ESF, uma vez que a realização de atividades educativas e a articulação intersetorial foram avaliadas na Tabela 9 como insatisfatório por 35,7% dos médicos e enfermeiros e 44,0% dos profissionais do NASF.

Além disso, percebe-se também certa dificuldade no acompanhamento e controle das atividades realizadas e na discussão de problemas, dificuldades e demandas. Outro fator preocupante é que 81,6% dos médicos e enfermeiros e 63,0% dos profissionais do NASF não informaram treinamentos de práticas em serviço como uma das atividades realizadas entre equipe de saúde da família e NASF.

Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF algumas ferramentas podem ser utilizadas como o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território. O apoio matricial diz respeito ao compartilhamento de saberes numa relação horizontalizada num componente tanto assistencial quanto técnicopedagógico. Já o Projeto Terapêutico Singular se refere a um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito, sendo resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e usuário. Enquanto o Projeto de Saúde no Território está relacionado ao desenvolvimento de ações na produção da saúde no território que tenham foco na articulação intersetorial, objetivando a promoção de saúde e na autonomia de sujeitos e comunidades. (BRASIL, 2010)

Quanto à utilização dessas ferramentas, apenas 52,0% dos profissionais do NASF realiza com regularidade o apoio matricial. Considerando que o apoio matricial é o elemento chave do NASF, este dado preocupante nos leva a questionar se os profissionais estão atuando na lógica tradicional, ou ainda não reconhecem o apoio matricial em sua prática, ou desconhecem essa ferramenta.

. Apenas 34,8% utilizam com frequência o projeto terapêutico singular e 8,7% o projeto de saúde no território. Dessa forma, houve pouca expressividade na utilização das ferramentas do NASF com regularidade, fato que deve ser discutido e trabalhado com os profissionais.

Tabela 12 – Processo de Trabalho entre o NASF e as equipes matriciadas, segundo médicos/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros				Profissionais do NASF			
	Concorda muito / Concorda		Discorda / Discorda Muito		Concorda muito / Concorda		Discorda / Discorda Muito	
	f	%	f	%	f	%	f	%
As ações desenvolvidas pelo NASF são precedidas de discussão de casos e acordos com os profissionais da eSF	66	65,3	35	34,7	9	36,0	16	64,0
O NASF tem disponibilidade para realizar atividades assistenciais diretas	74	74,0	26	26,0	23	85,2	4	14,8
Todos os profissionais do NASF promovem ações de educação permanente com a eSF	46	45,1	56	54,9	14	60,9	9	39,1
O NASF tem um cronograma articulado de reuniões com as eSF	44	45,8	52	54,2	20	80,0	5	20,0
O NASF disponibiliza seu cronograma mensal	98	96,1	4	3,9	27	100	0	0,0
As equipes conseguem se comunicar com os profissionais do NASF quando esses não estão nas unidades	74	75,5	24	24,5	26	96,3	1	3,7
O tempo médio entre a solicitação do apoio e a realização da atividade fim é satisfatório	79	78,2	22	21,8	21	80,8	5	19,2
O NASF ampliou a capacidade de resolutividade das eSF vinculadas	79	79,8	20	20,2	23	92,0	2	8,0
O NASF participa do planejamento em saúde das eSF com ações intersetoriais e Projetos de Saúde no Território	57	59,4	39	40,6	17	70,8	7	29,2
As diretrizes, ações esperadas e formas de acionar apoio são construídas de forma participativa entre NASF e Esf	70	71,4	28	28,6	12	44,4	15	55,6
Os recursos materiais necessários para as ações do NASF são garantidos					2	7,7	24	92,3

De forma contraditória, observa-se que cerca de 2/3 dos médicos e enfermeiros (65,3%) concorda que as ações desenvolvidas pelo NASF são precedidas de discussão de caso, enquanto que apenas 36% dos profissionais do NASF tem essa percepção (tabela 12). Ou seja, há uma compreensão diferente sobre o processo de trabalho dos profissionais das

equipes e do NASF sobre a utilização, divergência também evidenciada em relação à existência de agenda pactuada entre os profissionais.

Com relação à disponibilidade dos profissionais do NASF realizarem atividades assistenciais diretas, a maior parte dos dois grupos entrevistados concorda que existe essa disponibilidade do NASF, fator importante para atenção aos usuários com necessidades específicas do núcleo de saber da especialidade. Além disso, médicos/enfermeiros e profissionais do NASF também concordam que o NASF disponibiliza o cronograma mensal para as equipes e que o tempo de espera é satisfatório entre a solicitação e a realização do apoio. Outro indicativo positivo é que ambos concordam com a afirmativa que o NASF ampliou a capacidade de resolutividade das equipes vinculadas, fator importante para a coordenação do cuidado.

Entretanto, os resultados apontaram déficits e necessidade de melhorias na realização de ações de educação permanente pelo NASF para as equipes, na realização de reuniões articuladas especificamente com cada equipe matriciada, além da participação do NASF no planejamento de saúde das equipes. Outra questão importante é que para a grande maioria dos profissionais do NASF (92,3%), há dificuldades no que tange aos recursos materiais necessários para atuação do NASF.

4.5 – Coordenação e Integração na Rede dos Serviços de Saúde

A coordenação do cuidado remete a integração das ações e serviços de saúde, para que independente de onde sejam prestados os cuidados, os mesmo estejam direcionados a um objetivo comum. Essa função no sistema pertence à APS, como centro de comunicação da rede, entretanto, a mesma precisa ser a porta de entrada, ou seja, o primeiro contato dos usuários com o sistema, resolutiva no atendimento das necessidades de saúde e se responsabilizar pela condução dos mesmos durante seu percurso por todo o sistema, incluindo os trajetos pelos demais níveis de atenção.

Além do papel da APS, a conformação da rede de atenção à saúde e a relação entre os diferentes serviços também desempenham papéis importantes para a coordenação do cuidado. A rede precisa ter permeabilidade e organização para garantir o acesso regulado pela APS aos serviços em tempo oportuno. Além disso, a disponibilidade de informações dos atendimentos realizados em outros serviços também é fundamental para favorecer a continuidade informacional. Desse modo, as funções da APS na rede de atenção a saúde e a permeabilidade e integração dessa rede foram analisadas nas tabelas a seguir.

Tabela 13 – Desempenho das funções da APS, segundo médicos/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros				Profissionais do NASF			
	Concorda muito / Concorda		Discorda / Discorda Muito		Concorda muito / Concorda		Discorda / Discorda Muito	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Com a USF a população procura menos serviços especializados e hospitalares	107	84,3	20	15,7	17	68,0	8	32,0
A população procura primeiro a USF quando necessita de atendimento de saúde	119	93,0	9	7,0	23	85,2	4	14,8
A população procura primeiro a rede hospitalar ou unidades tradicionais de saúde quando necessitam	13	10,3	113	89,7	5	20,0	20	80,0
A USF atende apenas com agendamento prévio	5	3,9	123	96,1	1	4,2	23	95,8
Os pacientes são atendidos sempre pelo mesmo médico e enfermeiro	52	40,6	76	59,4				
O paciente que adoecer consegue atendimento na USF no mesmo dia	111	88,1	15	11,9				
A USF garante atendimento em outros serviços quando necessário	101	81,5	23	18,5	17	73,9	6	26,1
A USF garante a realização de exames quando necessário	116	91,3	11	8,7	24	96,0	1	4,0
A USF fornece medicamentos de farmácia básica suficientemente	116	90,6	12	9,4	21	84,0	4	16,0
A USF garante a internação quando necessário	71	57,3	53	42,7	14	70,0	6	30,0
A eSF oferece recursos adequados ao enfrentamento de problemas de saúde	99	79,2	26	20,8	14	58,3	10	41,7
O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na USF é alto	35	27,6	92	72,4	8	36,4	14	63,6

Conforme a tabela 13 houve diferença na percepção entre médicos, enfermeiros e profissionais do NASF quanto à afirmativa que com a Unidade de Saúde da Família a população procura menos os serviços especializados e hospitalares. Concordam com essa afirmativa 84,3% dos médicos e enfermeiros e 68,0% dos profissionais do NASF.

Contudo, grande parte de ambos os grupos, 93,0% dos médicos e enfermeiros e 85,2% dos profissionais do NASF, concordam que a população procura, como primeiro contato, a unidade de atenção primária quando necessita de atendimento de saúde. Fato que reflete a unidade de saúde da família como fonte regular dos cuidados de saúde pela sua população.

Além disso, a grande maioria dos dois grupos também discordou da afirmativa que a unidade atende apenas com agendamento prévio, ou seja, a unidade acolhe e atende também a demanda espontânea. Fato esse confirmado por 88,1% dos médicos e enfermeiros que concordaram que o paciente que adoece consegue atendimento no mesmo dia na unidade de saúde da família.

Para 59,4% dos médicos e enfermeiros os pacientes não são atendidos sempre pelo mesmo médico e enfermeiro. Manter o vínculo terapêutico entre equipe e usuário é fundamental para a coordenação do cuidado. Essa questão e se o paciente doente consegue atendimento no mesmo dia não foram perguntadas aos profissionais do NASF uma vez que esse não é um serviço de livre acesso a população e dessa forma os profissionais não participam diretamente do acolhimento das unidades.

A Unidade de Saúde da Família também se responsabiliza pelo usuário de acordo com a maioria dos entrevistados, garantindo atendimento em outros serviços quando necessário, realização de exames e fornecimento de medicamentos. Contudo, a garantia da internação parece ser um problema maior na opinião de médicos e enfermeiros (42,7%) do que para profissionais do NASF (30,0%). Embora não tenha sido especificado no estudo se o tipo de internação é eletiva ou de urgência, este dado nos sugere que de fato os

profissionais das equipes é que ficam na “linha de frente”, na procura de vagas para internação.

Quando casos de urgência e emergência que necessitam de internação chegam às unidades de atenção primária é acionado o sistema de regulação regionalizado para “vaga zero”, e então a central de regulação libera a vaga e a ambulância para remoção do paciente. Já os casos de internações eletivas, para um tratamento ou cirurgia, que não implicam em risco de vida iminente, são inseridos no SISREG, procedendo à autorização do regulador e permanecem no sistema até a disponibilidade da vaga. Como seguem fluxos diferentes não necessariamente se tem a mesma avaliação da garantia de internação nos dois casos.

Tabela 14 – Distribuição dos fluxos para encaminhar o usuário para atenção especializada, segundo médicos/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros		Profissionais do NASF	
	f	%	f	%
O paciente sai da USF com a consulta agendada	4	3,1	1	3,8
A consulta é agendada pela USF e a data é posteriormente informada ao paciente	119	93,7	22	84,7
A consulta é agendada pelo próprio paciente junto a central de marcação	1	0,8	0	0,0
O paciente recebe a guia de encaminhamento para se dirigir a qualquer unidade especializada	0	0,0	0	0,0
O paciente recebe a guia de encaminhamento sendo orientado a procurar um determinado serviço ou profissional	2	1,6	1	3,8
Não há um percurso definido	1	0,8	2	7,7
TOTAL	127	100	26	100

A avaliação do fluxo utilizado pelos profissionais ao encaminhar os usuários para atenção especializada evidenciou que para a maioria dos entrevistados, 93,7% dos médicos e enfermeiros e 84,7% dos profissionais do NASF a consulta é agendada pela própria unidade de atenção primária através do SISREG e a data é posteriormente informada ao paciente.

O ideal seria que o paciente saísse da unidade com a sua consulta já agendada, entretanto isso não ocorre porque a forma de organização das marcações não é feita “online”. Embora todas as unidades trabalhem com encaminhamento através do SISREG, um sistema de regulação informatizado, a inserção da solicitação de encaminhamento no sistema e a devolução da marcação não se dão necessariamente de modo ágil. Para que a marcação ocorra é necessária primeiramente a autorização do regulador, e após isso a unidade fica na dependência da disponibilidade de vaga.

Embora haja dependência da unidade quanto a disponibilidade de vagas no SISREG, o fato da unidade se responsabilizar pela condução dos usuários aos demais serviços da rede é um bom indicativo para a coordenação do cuidado. Fato corroborado pelas baixas proporções das demais opções onde essa responsabilidade fica à cargo do próprio usuário.

Tabela 15 – Utilização de normas para solicitação de exames e conhecimento das linhas de cuidado e protocolos clínicos, segundo médicos/enfermeiros e profissionais do NASF, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros		Profissionais do NASF	
	f	%	f	%
Utilização de normas definidas para solicitação de exames				
Sempre / Na maioria das vezes	100	80,0	19	73,1
Poucas vezes / Nunca	25	20,0	7	26,9
Total	125	100	26	100
Conhece linhas de cuidado e protocolos clínicos				
SIM	113	91,9	14	53,8
NÃO	10	8,1	12	46,2
Total	123	100	26	100

A maior parte dos entrevistados, 80,0% dos médicos e enfermeiros e 73,1% dos profissionais do NASF informou utilizar sempre ou na maioria das vezes critérios definidos na solicitação de exames.

Além disso, 91,9% dos médicos e enfermeiros informaram conhecer as linhas de cuidado e protocolos clínicos, entretanto apenas 53,8% dos especialistas do NASF conhecem. Esta discrepância entre os dois grupos revela a necessidade de ações de educação permanente em saúde para o NASF, incluindo os mesmos na rede de atenção à saúde, uma vez que quase metade dos profissionais não conhece os protocolos. Conhecer os protocolos não significa necessariamente que adotam os mesmos na sua conduta terapêutica, mas já é um primeiro passo.

Tabela 16 - Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

Frequência de realização de agendamentos	Médicos e Enfermeiros				Profissionais do NASF			
	Sempre / Na maioria das vezes		Poucas vezes / Nunca		Sempre / Na maioria das vezes		Poucas vezes / Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ambulatórios de média complexidade	87	70,7	36	29,3	12	70,6	5	29,4
Procedimentos de alta complexidade	37	30,3	85	69,7	1	8,3	11	91,7
Serviço de apoio diagnóstico	85	68,5	39	31,5	11	61,1	7	38,9
Maternidade	108	87,8	15	12,2	11	84,6	2	15,4
Internações	53	47,7	58	52,3	4	23,5	13	76,5

Segundo 70% dos profissionais entrevistados as unidades de atenção primária conseguem realizar agendamentos, sempre ou na maioria das vezes, para ambulatórios de média complexidade, serviços de apoio diagnóstico e maternidade. Entretanto, procedimentos de alta complexidade ainda são de difícil acesso através do agendamento pela unidade de atenção primária, apenas 30% e 8% pelas equipes e NASF, respectivamente, conseguem agendar com regularidade. Além disso, apenas 47,7% dos médicos e enfermeiros e 23,5% dos profissionais do NASF conseguem agendar internações com regularidade.

Além do acesso aos serviços em demais pontos da rede, para que as equipes de saúde da família possam coordenar o cuidado é necessário que

existam mecanismos de integração entre os diferentes prestadores e a continuidade da informação.

Tabela 17 - Mecanismos de integração, Diretrizes clínicas e continuidade informacional AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros				Profissionais do NASF			
	Sempre / Na maioria das vezes		Poucas vezes / Nunca		Sempre / Na maioria das vezes		Poucas vezes / Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ao encaminhar fornece informações escritas para outros serviços	119	93,0	9	7,0	22	84,6	4	15,4
Recebe informações escritas no retorno dos usuários aos outros serviços	26	20,5	101	79,5	6	30,0	14	70,0
Frequência com que utiliza o prontuário eletrônico (PE)	124	96,9	4	3,1	22	81,5	5	18,5
O PE fornece informações sobre atendimentos em demais pontos da rede	24	19,7	98	80,3	14	56,0	11	44,0
Utilização de guidelines / protocolos / linhas de cuidado para escolha de conduta	107	86,3	17	13,7	16	64,0	9	36,0
Faz gestão da lista de espera da regulação	71	57,3	53	42,7	10	83,3	2	16,7
Faz anotações no prontuário após cada atendimento	120	95,2	6	4,8	22	84,6	4	15,4
Revisão periódica de prontuários	57	51,4	54	48,6	4	25,0	12	75,0
Discussão com o paciente ao referenciar sobre os possíveis locais de atendimento	92	76,7	28	23,3	16	69,6	7	30,4
Utiliza normas definidas para referência e contra referência	107	92,2	9	7,8				

A maior parte, cerca de 90%, dos profissionais entrevistados fornecem informações escritas sempre ou na maioria das vezes para os demais serviços ao referenciar o usuário. Entretanto, cerca de 80% dos profissionais relata não receber o retorno das informações escritas, ou seja, a contra referência, dos demais serviços que o usuário foi atendido. Desse modo a

continuidade informacional fica prejudicada uma vez que a APS não tem o retorno das informações dos atendimentos em outros serviços.

Além disso, 96,9% dos médicos e enfermeiros e 81,5% dos profissionais do NASF utilizam o prontuário eletrônico sempre ou na maioria das vezes, o que é um fator positivo. Entretanto, apesar de o prontuário eletrônico ser utilizado com frequência, a vantagem de se ter esse dispositivo não se observa neste caso para a maior parte dos médicos e enfermeiros, que é a integração do mesmo em rede, oportunizando um prontuário único que disponibilize informações para todos os serviços.

Embora o prontuário eletrônico esteja implantado na área em média há 03 anos, somente no último ano os profissionais do NASF tiveram acesso ao prontuário, alguns profissionais ainda estão em fase de adaptação, o que pode ter gerado a resposta para 56% de que o prontuário fornece informações dos atendimentos em outros serviços.

Os guidelines e protocolos são utilizados por 86,3% dos médicos e enfermeiros e por 64,0% dos profissionais do NASF para a escolha da conduta. O número expressivo de 36% dos profissionais do NASF que utilizam poucas vezes ou nunca os guidelines e protocolos para conduta corrobora com a tabela 4.5.3 que evidencia que 46,2% desses profissionais desconhecem esses protocolos e guidelines. Além disso, 92,2% dos médicos e enfermeiros utilizam sempre ou na maioria das vezes critérios definidos para referenciar o usuário.

A gestão da lista de espera da regulação e a revisão periódica de prontuários foram mecanismos pouco utilizados. Apenas 57,3% dos médicos e enfermeiros fazem gestão da lista de espera e da regulação, diferente do NASF: 83,3% destes profissionais afirmaram realizar sempre ou na maioria das vezes. Provavelmente a gestão realizada pelo NASF é o acompanhamento da liberação dos agendamentos junto às equipes, uma vez que a equipe de saúde da família é quem tem acesso ao SISREG onde as guias de encaminhamento são inseridas.

A revisão periódica de prontuários é realizada com frequência por 51,4% dos médicos e enfermeiros e por apenas 25,0% dos profissionais do

NASF, embora todas as unidades tenham Comissão de Revisão de Prontuário que deve se reunir mensalmente conforme a Carteira de Serviços (Rio de Janeiro, 2010).

Tabela 18 - Principais problemas em relação à integração da rede de serviços, AP 5.2 do município do Rio de Janeiro, 2013.

	Médicos e Enfermeiros				Profissionais do NASF			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a atenção especializada nos cuidados ambulatoriais	60	46,5	69	53,5	15	55,6	12	44,4
Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a atenção especializada nos hospitais	72	55,8	57	44,2	10	37,0	17	63,0
Problemas que ocorrem na relação entre a USF e as emergências (Pronto atendimento)	77	59,7	52	40,3	5	18,5	22	81,5
Problemas que ocorrem devido às listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado	99	76,7	30	23,3	19	70,4	8	29,6

Ao avaliar os principais problemas em relação à integração da rede de serviços, o mais selecionado, 76,7% dos médicos e enfermeiros e 70,4% dos profissionais do NASF, foi por problemas que ocorrem devido às listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado.

Outro dado que chama a atenção é a discrepância no padrão de respostas entre médicos e enfermeiros e o NASF no que tange aos problemas na relação com a emergência e os hospitais. Mais da metade dos médicos e enfermeiros encontram dificuldades nessa relação entre a USF e o pronto atendimento e os hospitais, entretanto a recíproca não parece ser verdadeira para o NASF. Nesse sentido, parece que a responsabilização e envolvimento no acompanhamento dos casos de modo integral pesam apenas para a equipe de saúde da família, por isso a equipe é a que mais sente estes problemas ligados à hospitalização.

5 – DISCUSSÃO

Mudanças nas condições de vida e saúde da população exigiram mudanças na arquitetura dos sistemas e serviços de saúde de modo a melhorar a eficiência e reduzir a fragmentação do cuidado em saúde. Nesse contexto a Atenção Primária à Saúde ganha destaque através do seu papel de reorganizar a atenção à saúde com os atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Espera-se que a APS assuma seu papel coordenador na rede de atenção a saúde sendo o centro de comunicação numa RAS integrada. Ser o centro de comunicação implica que a APS cumpra os papéis essenciais de resolutividade, organização dos fluxos e responsabilização pelos usuários. (Mendes 2002)

As definições de coordenação convergem para a ideia de conexão e união de elementos. No caso dos sistemas de saúde, os elementos que precisam se conectar são os profissionais que pertencem a um mesmo serviço, diferentes serviços que pertencem à mesma organização e as diferentes organizações. A integração entre esses elementos precisa se dar numa ordem correta e de maneira sincronizada ao longo de um contínuo assistencial para que assim atenda as necessidades de saúde dos usuários em tempo oportuno. (Núñez et al, 2006)

Para Starfield (2002) é a APS quem deve coordenar o fluxo dos usuários entre os vários serviços de saúde buscando garantir equidade no acesso e na utilização dos demais serviços do sistema de modo a responder às necessidades de saúde da população.

O presente estudo buscou analisar os dispositivos de coordenação do cuidado. Esperava-se realizar um censo com todos os profissionais médicos, enfermeiros e especialistas do NASF, perfazendo um total de 256 profissionais. Após a entrada no campo, percebeu-se que o real número de profissionais existentes era de 220, já que 07 encontravam-se de licença, 10 de férias e 19 equipes estavam incompletas, 12 com faltas de médicos e 07 de enfermeiros.

Vale salientar que não necessariamente essas equipes permaneceram sem esses profissionais durante todo o período da realização do estudo, mas sim no

momento da coleta de campo daquela equipe, que muitas vezes ocorria na transição entre o desligamento dos profissionais e a contratação dos novos para substituição.

Embora os grandes esforços realizados pelo Município do Rio de Janeiro para contratar e fixar profissionais na APS, principalmente médicos, ainda é fato a alta rotatividade desses profissionais, principalmente nas áreas 5, que correspondem aos bairros da zona oeste da cidade, localizados perifericamente. Equipes incompletas certamente impactam no desenvolvimento das ações preconizadas e nas atribuições de uma equipe, sobrecarregando os demais profissionais e muitas vezes quebrando o acompanhamento integral dos casos sob sua responsabilidade.

Além da composição das equipes, conhecer as características dos profissionais que hoje protagonizam as ações da APS no cotidiano dos serviços é fundamental para subsidiar a análise das características da APS que está implantada na cidade do Rio.

Descontando-se as perdas, 72,7% dos profissionais esperados participaram do estudo, ou seja, um universo importante de profissionais da AP 5.2. A maior parte dos profissionais eram enfermeiros (45,9%), seguido por médicos (36,9%) e profissionais do NASF (17,2%). O número menor de profissionais do NASF já era esperado uma vez que o quantitativo destes profissionais é inferior ao de médicos e enfermeiros, diferença que aumenta também devido ao fato de não haver NASF suficientes para cobrir a totalidade das equipes de saúde da família.

Se por um lado esperava-se o número inferior de profissionais do NASF compondo o estudo, por outro também se esperava um número igualmente proporcional de médicos e enfermeiros uma vez que a composição dessas categorias nas equipes de Saúde da Família seja igual numericamente, podendo até ser maior o número de médicos de acordo com as combinações de carga horária estabelecidas na nova PNAB (2011) para esse profissional.

Entretanto, como já colocado, a fixação de médicos é um problema no território estudado. Ressalta-se que a preocupação com esta questão não é recente, e é possível identificar o registro de experiências, tanto em âmbito nacional como internacional voltada para o enfrentamento da necessidade de prover e fixar

profissionais de saúde de forma a favorecer, para toda a população, acesso com qualidade às ações de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Outra característica observada foi a feminização encontrada entre os profissionais da ESF. Com relação esse aspecto, o resultado é compatível com a literatura, que revelou ser a feminização das profissões uma das tendências da área da saúde e, por conseguinte, dos profissionais das equipes de saúde da família. O fenômeno da feminização também foi constatado ainda no período da graduação em saúde (COSTA, 2010).

Quanto à idade dos profissionais observou-se a predominância da faixa etária dos 20 aos 39 anos, entre enfermeiros e médicos, representando a atuação de profissionais na faixa jovem adulto e potencialmente produtivas na ESF. Esses dados vão ao encontro de estudos realizados com profissionais da ESF/PSF em outras regiões do País que abordaram, entre outras, a categoria faixa etária CANESQUI (2006), FERREIRA (2010), GIACOMOZZI (2010), GIL (2005).

A maior presença de profissionais na faixa etária de 20-39 anos atuando na Saúde da Família poderia ser justificada pela mudança curricular nos cursos de graduação, além da recente ampliação do mercado de trabalho para a ESF na cidade do Rio de Janeiro e da indução financeira através de remuneração diferenciada para médicos. A formação em saúde tem enfatizado a capacitação profissional para atender as reais demandas da Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, programas do Ministério da Saúde e da Educação como o Programa Pró-Saúde têm contribuído para reorientar a formação em saúde. Esses programas estimulam o contato do estudante com o serviço público, capacitando-o para ações junto ao SUS (BRASIL, 2005). Isso pode estimular os recém-formados a buscar oportunidade de trabalho junto ao SUS.

Quanto ao NASF, prevaleceu a faixa etária de acima de 40 anos, podendo refletir a forma de contratação destes profissionais. Diversos NASF da região foram formados no período que antecedeu a seleção pública da Organização Social da região. Em virtude disso poderia ser possível uma predileção por profissionais com maior tempo de formação e fixação no território, com vínculo estatutário.

Dos 157 profissionais que participaram apenas 33 eram responsáveis técnicos médicos ou de enfermagem. Contudo, os 33 responsáveis técnicos correspondem a

63,5% do total de responsáveis técnicos esperados. Vale ressaltar que como existem 07 unidades mistas com modelo tradicional e saúde da família, os responsáveis não necessariamente atuam nas equipes de saúde da família, e desse modo não estariam contemplados nesse estudo, reduzindo o número de responsáveis esperados.

A participação dos responsáveis técnicos no estudo é importante, uma vez que esses profissionais atuam diretamente na articulação entre os diversos serviços e ações relacionadas à determinada intervenção a partir da sua unidade de saúde, de forma que, o cuidado prestado ao usuário esteja sincronizado e voltado para as necessidades de saúde de sua área adscrita.

Na região estudada, as vagas para especialidades são reguladas pelos responsáveis técnicos médicos. Os processos de regulação da atenção especializada tradicionalmente coordenados pelas secretarias de saúde, gradativamente estão sendo incorporados à rotina dos profissionais da atenção básica, que passam a constituir a primeira instância regulatória do SUS. Fato importante para a coordenação do cuidado. Segundo Almeida *et al* (2010), esse avanço traz também o desafio de como garantir a qualidade da regulação descentralizada. A estratégia adotada na área 5.2 foi a participação desses profissionais em treinamentos e reuniões regulares com representantes da secretaria municipal de saúde e organização social de saúde (OSS) para que através do entendimento da rede de atenção, exerçam o papel articulador em sua rede local.

A forma de contratação e o vínculo empregatício também são fatores importantes para a consolidação da APS, uma vez que por muito tempo perdurou vínculos frágeis sem garantia dos direitos dos trabalhadores. Nesse estudo observou-se que o vínculo empregatício dos profissionais se resume entre celetistas e servidores públicos estatutários, ambos os vínculos estáveis. Na maior parte dos dois grupos a predominância foi de celetistas. Entretanto existe uma frequência cerca de três vezes maior entre profissionais estatutários do NASF com relação ao mesmo vínculo de médicos e enfermeiros.

Os contratos estáveis garantem a proteção legal quanto aos direitos trabalhistas e previdenciários. Ainda que esses direitos estejam garantidos nas duas

formas de vinculação apresentadas, por estas serem diferentes podem interferir nas relações de trabalho, gerando tensões as quais prejudicam as ações em saúde desenvolvidas pelos profissionais.

A despeito da forma de vinculação dos profissionais nas equipes de saúde da família e no NASF, estes devem desenvolver suas ações de maneira integrada produzindo consensos para atender as necessidades do usuário e de sua comunidade. Mas a desigualdade salarial existente entre celetistas e servidores, as diferenças nos benefícios que cada regime oferece e por muitas vezes a maior fixação do servidor em um determinado território, favorecem a rivalidade entre os colegas, a competição e o individualismo, situações essas provocadoras de conflito nos relacionamentos de trabalho.

Os conflitos são construtivos quando o serviço oferece oportunidades para negociação, ou seja, existe uma margem de liberdade para o trabalhador ajustar à realidade de trabalho aos seus desejos e necessidades (MENDES, 2007). Isso significa que o serviço precisa ter certa flexibilidade, as condições de trabalho devem ser adequadas e as relações socioprofissionais devem ser abertas, democráticas e justas.

Merhy (1997) destaca a importância da estruturação e do gerenciamento dos processos de trabalho nos serviços de saúde, e, ainda mais, como os trabalhadores da saúde estão desenvolvendo e percebendo o seu trabalho. Como importante elemento para consolidação desse processo, Mendes (1999) ressalta a importância da formação acadêmica dos profissionais de saúde, que desde o início do século XX voltou-se para um modelo fragmentador e individual. Propostas de mudanças na formação em saúde no Brasil vêm sendo discutidas desde o final da década de 1980, com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, essa discussão ganhou especial relevância quando o Ministério da Saúde (MS) chamou para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais da saúde para atender as necessidades do SUS. (Brasil, 2004)

Quanto à formação acadêmica dos profissionais entrevistados, a maior parte de médicos, enfermeiros e profissionais do NASF que atuam na AP 5.2 possui especialização completa. Entretanto, ao analisar o tipo de curso realizado, observa-se que os profissionais com formação em saúde da família, saúde pública e saúde

coletiva ainda são minoria. O curso de residência também foi realizado por poucos profissionais, tendo apenas 04 médicos, em toda a área, realizado o curso de Residência em Medicina de Família e Comunidade e apenas 02 enfermeiros com residência em Saúde Pública. O número de profissionais com Mestrado também foi mínimo e nenhum deles voltado para essa área de atuação.

Como um resultado positivo, nota-se que os profissionais do NASF, que são especialistas e sua inserção na ESF é de certa forma recente, apresentam a mesma proporção, embora pequena, de profissionais com especialização em saúde da família que médicos e enfermeiros. Mostrando assim o interesse desses profissionais, embora especialistas, pela sua qualificação para o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Dessa forma verifica-se que a maior parte dos recursos humanos dentro das categorias profissionais estudadas não possui formação específica para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Considerando a importância dessa formação para o trabalho, observa-se a implementação de iniciativas por meio do MS e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para incentivar a qualificação e formação dos profissionais para o trabalho na APS.

Na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, o MS apoia a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Ainda nesta modalidade destacam-se outras iniciativas, como Curso de Especialização em Saúde da Família, através da Universidade Aberta do SUS e o curso de Especialização em Saúde Pública da parceria entre Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro. Além disso, a SMS do Rio de Janeiro também implantou o curso de Residência em Medicina de Família e Comunidade, junto com os seus outros programas de residência que inclui a Residência em Saúde Pública. Na modalidade *stricto sensu* foi iniciado o Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família em parceria da SMS com a ENSP. Todas as propostas têm em comum a finalidade de desenvolver competências dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS. Provavelmente o desenvolvimento dessas propostas trará futuramente um novo cenário quanto à formação dos profissionais da APS.

Considerando que a formação é um processo contínuo e que a maior parte dos profissionais que estão em serviço não tem formação específica para a ESF, Gariglio e Radicchi (2008) ressaltam a importância dos serviços de saúde para consolidar habilidades e competências na formação dos novos profissionais e acreditam no trabalho como fonte e lugar de aprendizagem e de construção de sujeitos autônomos. Uma das estratégias utilizadas pelos serviços como forma de promover as necessárias mudanças tem sido através dos processos educativos, em distintos momentos, visando ao desenvolvimento dos profissionais que operam o trabalho nos serviços de saúde.

O processo de produção da atenção à saúde se inicia, na maioria das vezes, fazendo a capacitação de seus trabalhadores com o objetivo de melhorar a competência do pessoal ativo. As atividades desenvolvidas com esse fim são diversas e possuem denominações de capacitações, treinamentos ou cursos. (SOUZA et al, 1991)

Essas propostas podem ser observadas no município do Rio de Janeiro uma vez que um número significativo de médicos e enfermeiros já realizou algum curso com enfoque em saúde da família, considerando a rotatividade desses profissionais na rede de atenção à saúde. Menos de um terço dos profissionais do NASF já realizou cursos de tal natureza, número que por um lado mostra uma tendência positiva de formação dos trabalhadores, considerando se tratar de especialistas; por outro lado, causa preocupação, dado que esses profissionais assumem o papel de apoio matricial.

O apoiador matricial do NASF apesar de ser um especialista e ter o seu núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais da equipe de referência, deve agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. Desta forma, os cursos com enfoque na Saúde da Família podem auxiliar na construção de espaços para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

A Educação Permanente é apresentada, por representantes do Ministério da Saúde, como a estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da análise dos

determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem (CECCIM, 2004)

A definição da Portaria 198/GM/MS apresenta a Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Deve-se ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização exige o desenvolvimento de recursos tecnológicos, olhar e escuta qualificados, apropriação do saber, trabalho em equipe, diálogo com as práticas e concepções, pactos de boa convivência e a problematização concreta do cotidiano da equipe (CECCIM, 2005).

A Educação Permanente, dessa forma é adotada como estratégia capaz de contribuir na transformação do processo de formação, nas práticas de ensino, nas práticas de saúde e na própria organização dos serviços de saúde tentando estabelecer um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições responsáveis pela formação (BRASIL, 2004). Desta forma podemos afirmar que os profissionais das equipes de saúde da família e apoiadores do NASF se beneficiam se a proposta da educação permanente estiver inserida em seu dia a dia.

O processo de trabalho seria valorizado como um centro de aprendizagem onde seriam discutidas questões da prática, técnicas e até mesmo organizacionais e assim a educação permanente em saúde seria uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção e gestão (CECCIM 2005). Busca-se assim, a verdadeira integração ensino – serviço, pois se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo.

Observou-se também como característica dos profissionais que atuam na APS da AP 5.2 que uma proporção significativa de profissionais que já tinham experiência anterior em saúde da família antes de atuarem na atual equipe. Além disso, mais de 80% dos dois grupos já atuam na ESF há mais de 01 ano. É comum a organização de processos educativos para os profissionais de saúde no contexto dos serviços de Saúde da Família por conta das especificidades da qualificação para atuar nesses serviços. Dessa forma, os profissionais com experiência na ESF normalmente possuem capacitações, treinamentos ou cursos em sua área de atuação.

Além disso, a maior parte dos médicos e enfermeiros sempre atuaram na mesma equipe no município do Rio de Janeiro, e no geral, os dois grupos estão há mais de 2 anos na mesma equipe. Ainda que somente o tempo de inserção na equipe não garanta a formação de vínculo, esse facilita o reconhecimento daquele profissional do serviço de saúde como fonte habitual de atenção por parte dos usuários. Para que o vínculo se estabeleça, os profissionais devem conhecê-los e se responsabilizar continuamente pelo cuidado a sua saúde, com base em um serviço adequadamente organizado (MARTINS, 2006). Assim, o vínculo requer uma relação interpessoal estreita entre o profissional de saúde e o usuário, aprofundado no decorrer do tempo, à medida que ambos se conhecem gradativamente e melhor, mediante relações de escuta, diálogo, respeito e confiança (STARFIELD, 2002). O vínculo viabiliza a continuidade do atendimento, evita ações desnecessárias, além de aumentar a adesão do usuário à terapêutica (BRUNELLO, 2010), propiciando a longitudinalidade.

Além das características pessoais de cada profissional, estudar a coordenação do cuidado na APS, significa também analisar a unidade celular que compõe a ESF que é a equipe de saúde da família. Embora o cuidado também seja produzido de forma individual através da interação de cada profissional separadamente com o usuário, nenhum núcleo de saber específico dá conta da complexidade do todo. Sendo assim, a confluência desses cuidados em torno de um projeto terapêutico que atenda as diversas necessidades de saúde é necessária.

Para Cecílio (2011) a dimensão organizacional do cuidado é aquela que se dá nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho e evidencia novos elementos, assumindo centralidade na organização do processo de trabalho. Para tanto, a equipe precisa ter uma organização do processo de trabalho que favoreça a interação entre os diversos profissionais implicados no cuidado.

O processo de trabalho pode ser caracterizado por identificar diferentes configurações e múltiplas relações e atravessamentos. Para Krug (2006), processo de trabalho é definido como a atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas, independente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção. Dessa forma, seu

significado é eminentemente qualitativo e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Já a organização do trabalho abrange o conteúdo e a composição das tarefas, o que, conseqüentemente, implica a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores.

O processo de trabalho em saúde envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal. Para Pires (2000), é um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

A ESF veio propor um modo diferente de se produzir ações de saúde. Neste processo, a produção da saúde acontece de forma compartilhada e dialogada entre as equipes. A produção de atos cuidadores é centrada nos usuários e suas necessidades/direitos devem ser atendidas. Na Saúde da Família, a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe e seu foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno. Nesse sentido, o trabalho na saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias. Dado a complexidade do trabalho em saúde, o estudo se limitou a verificar alguns aspectos e não analisar o processo de trabalho como um todo.

No estudo verificou-se o processo de trabalho em equipe como uma potencialidade para a coordenação do cuidado, uma vez que esse processo foi bem avaliado pelos profissionais. Para a maior parte dos médicos, enfermeiros e profissionais do NASF a relação entre a equipe não é conflituosa. Além disso, médicos e enfermeiros organizam de forma conjunta as atividades, possuem o hábito de discutir os casos em equipe e concordam que sempre ou na maioria das vezes o trabalho individual de um profissional em torno de um caso é complementar entre a equipe e de conhecimento de todos os envolvidos. O NASF apresentou os mesmos resultados, entretanto para uma proporção inferior, porém significativa, o hábito de discutir os casos em equipe NASF não é tão frequente assim.

Da mesma forma que as equipes de saúde da família precisam ter ações compartilhadas e integradas entre diferentes prestadores, os especialistas do NASF, por mais que não seja a equipe de referência, também necessitam trabalhar de forma integrada com os demais membros da equipe NASF. Ainda assim consideramos um resultado positivo, uma vez que é um dispositivo recente e em consolidação.

Sendo assim, evidencia-se que o processo de trabalho da ESF apresenta peculiaridades visto que se redefine permanentemente, na prática cotidiana, o objeto e os instrumentos de trabalho desta equipe de saúde. A esta dinâmica complexa do território e suas famílias vinculadas, soma-se a dificuldade de se envolver diversos sujeitos, com formações diferentes, que devem trabalhar em prol de objetivos comuns. Assim, espera-se que o fator de destaque desta equipe em relação às demais seja o grau de cooperação e complementaridade entre seus membros e a atenção compartilhada e ampliada buscando promover a integralidade do cuidado.

Pode-se entender a integralidade inicialmente pela capacidade da equipe em se articular internamente, em um trabalho em equipe e não em grupo. Isso significa mudar a prática cotidiana, priorizando a relação interativa entre os trabalhadores, mediada pela troca de conhecimentos e articulação de um campo de produção de cuidado comum a todos (FRANCO; MERHY, 1998).

Como os *núcleos de competência e responsabilidade* (Campos, 2007) referem-se aos saberes específicos de cada profissional que se fazem presentes nas diferentes situações com o desenvolvimento de intervenções técnicas específicas, isto remete à autonomia dos profissionais, mas ao mesmo tempo à interdependência destas autonomias.

Segundo Peduzzi (1998), para que haja uma *“equipe integração e não equipe agrupamento”*, há necessidade de uma construção dos sujeitos que estão no cotidiano do trabalho. Essa nova construção requer articulação das ações e a interação dos agentes, sendo esta última a mais difícil, pois não está *“normatizada”* a priori, requer um compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e acima de tudo com a clientela.

Evidenciou-se também que tanto as eSF quanto o NASF tem garantido um turno semanal para a reunião de equipe. Embora a existência da reunião não

garanta a sua utilização enquanto espaço de interação e construção coletiva, a maior parte dos profissionais afirma que a reunião é utilizada para discussão de casos e planejamento da equipe, o que é um bom indicativo.

Sendo assim, o trabalho articulado em equipe entre os diferentes prestadores do cuidado na APS é fundamental, visto que o núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto é necessária articulação e flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral necessária à coordenação do cuidado.

Somente uma APS resolutiva é capaz de exercer o papel de coordenação na RAS (Mendes, 2012). A resolutividade é um elemento importante da APS, segundo a PNAB (Brasil, 2012) o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.

O conceito de resolutividade está relacionado à resolução final dos problemas trazidos ao serviço e à satisfação dos usuários e do profissional (Turrini, 2008). Segundo a autora, a resolutividade reúne diferentes enfoques, envolvendo fatores relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

Na PNAB (Brasil, 2011) a resolutividade é citada como um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, dentre outros, fundamental para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. Sendo conseqüentemente uma característica da APS importante para a coordenação do cuidado.

No estudo a maioria dos médicos, enfermeiros e profissionais do NASF avaliaram de forma satisfatória ou muito satisfatória a capacidade de intervir

positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde da população com uma resolutividade igual ou maior a 80% dos casos atendidos.

Entretanto, 25,9% dos profissionais do NASF avaliaram de modo insatisfatório ou muito insatisfatório a capacidade de intervir positivamente nos problemas de saúde da população. Este achado que pode estar relacionado à avaliação negativa da garantia da realização de exames por esses profissionais, ou a demais fatores analisados que obtiveram padrão de avaliação divergente entre médicos / enfermeiros e profissionais do NASF que serão abordados a seguir.

A resolutividade da APS também está relacionada à existência de sistemas de suporte e apoio logístico (Mendes, 2012). Destacamos para avaliação nesse estudo o sistema de apoio diagnóstico terapêutico e o sistema de assistência farmacêutica.

A maior parte dos médicos e enfermeiros avaliou como satisfatório ou muito satisfatório a garantia de realização de exames necessários. No entanto, de modo diferente, mais da metade dos profissionais do NASF avaliou de forma insatisfatória ou muito insatisfatória a garantia da realização desses exames.

A satisfação de médicos e enfermeiros com a garantia da realização de exames pode ser decorrente de uma série de fatores desenvolvidos na reforma da APS no município do Rio de Janeiro. Dentre esses fatores destaca-se a inauguração de 09 unidades do tipo Clínica da Família na AP 5.2, que oportunizaram a disponibilidade de acesso fácil aos exames de RX e ultrassonografia para todas as unidades de saúde da área.

Além disso, o contrato com laboratório terceirizado privado no ano de 2012 ampliou o leque de exames realizados, além de diminuir consideravelmente o tempo de entrega dos resultados desses exames, incluindo o colpocitológico. Exames mais específicos e de alta densidade tecnológica como tomografia computadorizada e ressonância magnética são regulados pelas unidades de APS através do SISREG.

A diferença de padrão de avaliação entre médicos, enfermeiros e profissionais do NASF chama atenção e remete a algumas hipóteses: os profissionais do NASF solicitam exames mais específicos da sua especialidade que não são facilmente regulados e por isso avaliam de modo insatisfatório; ou a rede está mais organizada para atender pedidos de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

Quanto à hipótese da organização da rede, cabe ressaltar um contexto bastante específico da cidade do Rio de Janeiro: os profissionais do NASF não possuíam acesso direto ao SISREG, sistema de regulação onde são inseridas todas as guias de referência para encaminhamentos. Além disso, a solicitação de exames laboratoriais ficou prejudicada para os profissionais do NASF como um todo, uma vez que o contrato estabelecido entre SMS e o laboratório normatizou num primeiro momento a solicitação apenas para médicos e enfermeiros.

Além dos exames, a grande maioria dos dois grupos entrevistados, avaliou de forma satisfatória ou muito satisfatória a distribuição regular de medicamentos. A disponibilidade e distribuição de medicamentos é um fator importante para a resolutividade da atenção primária dentro de uma política de uso racional de medicamentos. A carteira de serviços (SUBPAV, 2010) determina que todas as unidades de saúde possuam um plano de uso racional de medicamento que esteja em conformidade com as diretrizes municipal e nacional de uso racional e previsão de consumo. As unidades de saúde da família passaram a contar com um profissional farmacêutico em sua equipe, além da prescrição e dispensação de medicamentos controlados nas unidades da APS, fato que ampliou as ações e serviços oferecidos pela APS no município do Rio de Janeiro.

Para Almeida et al (2011) entre os fatores que têm impacto sobre a coordenação destacam-se o incremento do papel de filtro (gatekeeping) dos médicos generalistas e o aumento da capacidade de resolução da APS, seja pela ampliação da cesta de serviços, pelo aumento do acesso a meios diagnósticos e terapêuticos, ou pela educação continuada.

Navarrete et al (2005) coloca o fortalecimento da APS entre as estratégias efetivas para melhorar a coordenação e eficiência dos serviços de saúde. Uma atenção primária forte se caracteriza por um primeiro nível assistencial capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade.

De acordo com Núñez et al (2006) a continuidade assistencial é resultado da coordenação. O autor define três tipos de continuidade: continuidade da informação – através da disponibilidade e utilização de informações de atendimentos anteriores para uma atenção apropriada na circunstância atual; continuidade na gestão – provisão de atenção coordenada em tempo oportuno através da complementaridade dos serviços; continuidade da relação ou longitudinalidade – interação do usuário com os profissionais de referência ao longo do tempo.

Para Jesus e Assis (2012) o acesso aos serviços de saúde está relacionado às condições de vida da população, habitação, poder aquisitivo e educação. Engloba a acessibilidade aos serviços que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, cultural e funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.

Embora o acesso possua uma compreensão multidimensional, foi verificado nesse estudo o acesso aos serviços e ações de saúde através da acessibilidade à USF. Nesse sentido, o acolhimento das demandas e a garantia de atendimento para toda a população cadastrada foram considerados satisfatórios pela maior parte dos profissionais. Desse modo esse é um bom indicativo, uma vez que o acesso aos serviços de saúde é um pré-requisito para a longitudinalidade e coordenação do cuidado.

A capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população também foi avaliada de modo satisfatório. O percentual um pouco menor do NASF nesse aspecto pode ser em função de sua atuação com grupos mais específicos, embora também tenha um componente coletivo em sua atuação.

Houve discrepância na satisfação quanto ao ato de encaminhar para outros níveis de atenção quando necessário entre equipe e NASF, 64,3% e 13% respectivamente. Tal divergência pode se dar devido ao fato do NASF não possuir

acesso direto ao SISREG, dependendo que a equipe realize os seus encaminhamentos necessários. Ressalta-se que o ato de encaminhar não significa necessariamente a garantia da obtenção do atendimento solicitado. Existe a dificuldade da garantia dos atendimentos especializados e internação por sua vez, já que para mais da metade dos médicos e enfermeiros essa garantia é insatisfatória ou muito insatisfatória. Dado esse que se constitui uma fragilidade da coordenação do cuidado e do atendimento integral.

Apesar da Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro (SUBPAV, 2010) preconizar que todas as unidades de saúde de atenção primária realizem suturas e pequenas cirurgias, para mais da metade dos médicos e enfermeiros que responderam essa questão, a ocorrência dessas atividades ainda é insatisfatória ou muito insatisfatória. Percebeu-se também um grande número de abstenções nessa resposta, fato que de fato evidencia desconforto na avaliação desse item.

O acompanhamento dos grupos prioritários ao longo do tempo foi um indicativo da longitudinalidade avaliado de forma satisfatória pela maior parte dos profissionais. Além disso, a maior parte dos médicos e enfermeiros afirmou conhecer o histórico completo de saúde dos seus pacientes.

A realização de ações educativas, articulação intersetorial e disponibilização de tempo para o paciente obtiveram uma porcentagem expressiva de avaliação insatisfatória. Essas são ações que também correspondem à integralidade, e embora preconizadas pela PNAB, os valores demonstram certa dificuldade das equipes e do NASF em dar conta dessas ações sem detrimento de outras.

Se por um lado o acolhimento e atendimento à demanda espontânea durante todo o horário de funcionamento da unidade é um importante fator para o acesso, responsabilização e integralidade da atenção, por outro exige das equipes um alto nível de organização do processo de trabalho para que não interfira nas demais atividades que acabam sendo colocadas em segundo plano. Essa dificuldade pode ser uma hipótese que justifica essa avaliação.

Navarrete et al (2005) aponta o matriciamento como um dos instrumentos dos mecanismos de coordenação assistencial baseados na adaptação mútua. Esses mecanismos estão indicados para a coordenação da

atenção de problemas de saúde mais complexos que comportam um alto grau de interdependência entre serviços e núcleos de conhecimento.

O apoio matricial propõe uma atenção ampliada e compartilhada entre especialista apoiador e equipe apoiada. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, uma vez que personaliza os sistemas de referência e contra referência ao estimular e facilitar o contato direto entre a equipe encarregada do caso e o especialista de apoio. (Campos, 2007)

A equipe de referência e o apoio matricial, juntos, permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário, garantindo o acompanhamento da maior parte dos casos na APS e evitando a burocratização dos encaminhamentos desnecessários. Sendo assim favorece a coordenação do cuidado, permitindo a manutenção do vínculo terapêutico através da responsabilização das equipes.

Os resultados do estudo apontaram o NASF como um dispositivo presente na área da AP 5.2, entretanto com limitações na sua operacionalização e no desenvolvimento do seu potencial. O NASF consegue manter uma boa periodicidade de apoio às equipes, na maior parte das vezes semanal.

Os resultados da forma como a eSF aciona o apoio do NASF evidenciou diferença entre a opinião do NASF e dos médicos e enfermeiros. Para o NASF há um déficit na discussão prévia dos casos antes do agendamento. Já para a maior parte dos médicos e enfermeiros a eSF discute o caso com o NASF para então realizar os devidos agendamentos. Ainda assim os dois padrões de resposta demonstram o comprometimento da equipe ao se responsabilizar pela condução do caso para o NASF, um bom indicativo para a coordenação do cuidado.

A discussão de caso é fundamental para a atenção compartilhada, nem todos os casos necessitarão de um atendimento individual com o especialista. Se por um lado a discussão de caso é importante, por outro ela precisa ser factível à agenda da equipe, principalmente através da participação do NASF na reunião da equipe, turno propício para tal.

As principais atividades realizadas entre ESF e NASF foram as consultas conjunta e discussão de casos clínicos. Preocupou a baixa realização de ações de cunho coletivo entre o NASF e as eSF. Entretanto, nos leva ao questionamento, o NASF não participa ou essas ações não estão sendo realizadas nem mesmo pela ESF? O Treinamento de práticas no serviço também não vem ocorrendo. Fator preocupante uma vez que o apoio matricial pretende oferecer não apenas retaguarda assistencial, mas também suporte técnico e pedagógico às equipes de referência (Campos, 2007).

Os profissionais do NASF também demonstraram pouca expressividade na utilização das ferramentas do NASF de apoio matricial, projeto de saúde no território e projeto terapêutico singular com regularidade. Apesar de ser um dispositivo recente e em consolidação, a pouca utilização dessas ferramentas nos remetem a algumas suposições: predominância de atendimentos individualizados tipo ambulatório do NASF ao invés de uma atenção compartilhada junto com as equipes de referência. Essa ação ambulatorizada pode se dar tanto pelo perfil do matriciador, uma vez que exige habilidades de trabalho em equipe, comunicação, dinamismo, além de uma formação para o trabalho interdisciplinar, quanto pela própria resistência das equipes de referência para o atendimento compartilhado superando a lógica da referência e contra referência. Por ser um novo modelo de atenção diferente do que ocorria até a sua criação pode também ainda não ter sido incorporado na dinâmica dos serviços de saúde.

Além disso, também foram encontrados resultados positivos na análise do processo de trabalho entre NASF e ESF. Evidenciou-se que o NASF possui disponibilidade para realizar atividades assistenciais diretas, além de ser disponível para comunicação com os profissionais da eSF quando os mesmos não estão na sua unidade. O NASF também disponibiliza seu cronograma mensal e o tempo entre a solicitação do apoio pela eSF até a realização da atividade fim não é alto. Ambos, NASF e eSF concordam que o NASF ampliou a resolutividade das equipes de saúde da família.

Entretanto, resultados que evidenciam limitações que merecem ser trabalhadas foram a necessidade de melhorias na realização de ações de

educação permanente pelo NASF para as equipes, na realização de reuniões articuladas especificamente com cada equipe matriciada, além da participação do NASF no planejamento de saúde das equipes. Assim como colocado anteriormente no texto, não necessariamente esses fatores negativos são de responsabilidade apenas do NASF ou das equipes, mas de toda forma é um indicativo para trabalho da gestão com esses grupos.

Outra limitação apontada pelo NASF foi a dificuldade no que tange a disponibilização dos recursos materiais necessários para atuação do NASF. Como o NASF não constitui um espaço físico independente e transita por mais de uma unidade, nos mesmos espaços das unidades utilizados pelas equipes de saúde da família, por vezes faltam salas para o atendimento individual do profissional do NASF, bem como equipamentos específicos da especialidade. Este se constitui outro problema de responsabilidade da gestão, uma vez que a falta desses materiais pode impactar na resolutividade e no atendimento das necessidades de saúde do usuário.

De modo geral percebe-se que há compreensão diferente entre equipe e NASF com relação a diversas questões que foram colocadas ao longo do estudo. Essas diferenças se devem ao papel que cada um exerce hoje, não necessariamente o papel preconizado pela literatura, ao grau de envolvimento com o usuário e sua atenção integral. Percebe-se que o apoio matricial constitui um novo dispositivo de organização da atenção à saúde, entretanto a simples implantação de NASF ao longo do território não garante a realização do apoio matricial.

Percebe-se então, com relação ao apoio matricial, que nesse movimento de reforma da APS o município do Rio de Janeiro deu os primeiros passos provendo minimamente condições estruturais. Ou seja, os NASF foram implantados, as equipes foram compostas, existe reunião de equipe NASF, turnos estabelecidos, cronograma disponibilizado e presença constante nas unidades. Contudo, apenas estrutura não garante resultados de boas práticas. Para boas práticas a estrutura deve estar aliada a processos, e os resultados do estudo nos remetem a processos ainda não sedimentados quanto ao apoio matricial, vide a baixa utilização desta

ferramenta e do projeto terapêutico singular aliado à inexistência de projetos de saúde no território.

Dessa forma, a diferença nos padrões de resposta e os resultados encontrados remetem a profissionais do NASF que por sua trajetória na APS tradicional, tem menos sedimentado em suas práticas, os conceitos e atribuições da APS robusta com conceito ampliado através da responsabilização, integralidade, vínculo. A pouca formação específica para o trabalho no saúde da família junto com o desconhecimento ou inutilização do apoio matricial e ferramentas do NASF descaracterizam esse serviço junto ao seu propósito de atenção ampliada e compartilhada, evidenciando assim a necessidade de investimento nesses profissionais com cursos específicos.

Apesar do NASF não estar com processos de atenção ampliada e compartilhada refinados ou hierarquizando casos complexos, ainda assim o mesmo ampliou a capacidade de resolutividade da APS no ambiente territorial da AP 5.2. Embora seja uma atuação num formato distinto do preconizado, é importante valorizar tal atuação, pois mostra que o NASF se adapta às distintas necessidades de uma rede. O NASF potencializou os atendimentos centrados em consultas porque provavelmente esta é uma das necessidades do território que carece de referência ambulatorial especializada.

O apoio matricial no NASF é uma nova modalidade de atenção que merece um estudo específico para abordar profundamente todas as suas variáveis, associando um método qualitativo. Além disso, não foi possível confrontar esses resultados com outros estudos, pois não foi encontrado estudos que abordassem essas variáveis na perspectiva NASF e equipes de saúde da família.

Com relação ao papel da APS na coordenação e integração da rede de serviços, os resultados do estudo apontaram bons indicativos com relação ao atributo de primeiro contato e responsabilização. A maior parte dos profissionais concordou que com a USF a população atendida procura menos os serviços especializados e hospitalares, fato que é um bom indicativo do papel resolutivo da APS como coordenadora da rede. Além disso, os

resultados também apontaram o cumprimento do papel de primeiro contato da APS, uma vez que os profissionais concordam que a população procura primeiro a unidade de APS quando necessita de atendimento de saúde.

Esses são fatores positivos que indicam que a Unidade de Saúde da Família consegue desempenhar sua função de primeiro contato e porta de entrada do sistema para sua população adscrita. Além disso, também apontam a unidade de atenção primária como fonte regular de cuidados de saúde da sua população. O acesso no sentido de obtenção do atendimento de saúde também foi bem avaliado, já que os resultados mostraram que a população que adoece consegue atendimento no mesmo dia e a unidade acolhe a demanda espontânea, atendendo também sem agendamento prévio e o tempo de espera da consulta agendada não é alto. Esses resultados que corroboram com o fortalecimento da APS no contexto da rede de atenção à saúde vão de encontro aos encontrados por Giovanella (2009) e Almeida (2010).

Cabe destacar que esses ganhos também são resultados da reforma da APS no município do Rio de Janeiro, uma vez que a cobertura da ESF foi ampliada consideravelmente, tornando possível a vinculação das famílias às unidades de APS. A territorialização de toda a cidade através da listagem dos CEPs vinculou geograficamente todos os endereços a uma respectiva unidade de APS. O lançamento da plataforma “Onde ser atendido” disponibilizou a consulta desta vinculação online através de um site. Possibilitou assim a consulta da unidade e equipe de referência, no caso da ESF, tanto pelo usuário, quanto pelas unidades que cotidianamente acolhem pessoas de outra área de abrangência. Dessa forma direciona o usuário para qual unidade se dirigir e vincula uma unidade de APS para prover os cuidados. Tanto a presença frequente desse usuário na unidade de referência, quanto o direcionamento realizado pelos outros serviços da rede informando sobre os atendimentos realizados, fornecem subsídios para a coordenação do cuidado pela APS.

Não foi consensual entre os profissionais o fato que o usuário é atendido sempre pelo mesmo médico e enfermeiro. Compreende-se que

através do horário estendido de funcionamento das unidades não é possível que tanto médico quanto enfermeiro esteja presente durante todo o período de funcionamento da unidade. Além disso, nessas situações de atendimento por outras equipes da USF, o registro no prontuário deve ser muito bem preenchido de modo que não haja perdas para a coordenação do cuidado pela equipe. O vínculo terapêutico do usuário com o profissional de referência propicia a continuidade relacional e a longitudinalidade, por isso é importante manter sempre um profissional de referência da equipe para o acolhimento das demandas.

Quanto ao fluxo de encaminhamento dos usuários para atenção especializada percebeu-se que a unidade de saúde da família se responsabiliza pelo agendamento da consulta e a data é posteriormente informada ao usuário. Os processos de regulação da atenção especializada tradicionalmente coordenados pelas secretarias de saúde, gradativamente estão sendo incorporados à rotina dos profissionais da atenção básica, que passam a ser a primeira instância regulatória do SUS. (Almeida, 2010)

A descentralização da regulação com o acesso ao SISREG em nível local e o papel do responsável técnico médico como primeira instância regulatória favoreceu a responsabilização da equipe de APS pela condução do usuário aos diferentes pontos de atenção.

É importante destacar que a realização da regulação também é uma disputa política. Numa perspectiva histórica, as formas de conceber e de organizar as ações e os serviços de saúde configuraram dois modelos distintos que marcaram a assistência médica e a saúde pública, cuja separação, há muito instituída, ainda representa um desafio para a constituição da saúde em um sistema integrado. O modelo biomédico, hospitalocêntrico, historicamente dominou a atenção à saúde, e essa disputa de poder com a APS se configura numa disputa política ainda existente. Desse modo a regulação pela APS ocorre onde a APS tem força política que a legitima enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

A maior parte dos profissionais utiliza critérios definidos para a solicitação de exames. A grande maioria dos médicos e enfermeiros conhece

as linhas de cuidado e protocolos clínicos. Entretanto, mais da metade dos profissionais do NASF desconhecem. Esta discrepância entre os dois grupos revela a necessidade de ações de educação permanente para os profissionais do NASF. Este resultado aponta uma fragilidade, desse modo o desenvolvimento de ações para inserir o NASF dentro dos protocolos e linhas de cuidado é fundamental para desenvolver o potencial desse dispositivo.

Ao Município cabe a responsabilidade de capacitar seus profissionais para atuarem de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS. Através de seus serviços preparam seus atores, no sentido de dar respostas às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde, frente a posicionamentos político-ideológico distintos de cada área do saber (Souza et al, 1991).

Além disso, a APS consegue realizar agendamentos com mais regularidade para os ambulatórios de média complexidade, serviços de apoio diagnóstico e maternidade. A descentralização do SISREG com a disponibilização das vagas dos ambulatórios e policlínicas provavelmente facilitou esse agendamento do ambulatório de média complexidade e dos serviços de apoio diagnóstico. Já a maternidade provavelmente se deu a implantação do programa “Cegonha Carioca” em 2011. O programa visa o cuidado humanizado para a mãe e o bebê, desde o pré-natal até o parto para reduzir a mortalidade materno-infantil. Dentre outras ações, o programa vincula as unidades de APS a uma maternidade de referência. Dessa forma, no terceiro trimestre de gestação a gestante é agendada pelo profissional da APS que realiza o pré-natal para visitar a maternidade onde deve ocorrer o seu parto.

Entretanto, procedimentos de alta complexidade e internações ainda são de difícil acesso através do agendamento pela unidade de atenção primária assim como nos estudos de Giovanella et al (2009) e Almeida(2010). Cecilio (2012) descreve que muitos usuários e profissionais concebem a rede básica como espaço de impotência compartilhada no que tange ao acesso à alta e média complexidade. Este acesso se torna ao mesmo tempo a grande dificuldade vivida

pelos usuários e a impotência da equipe em não ter governabilidade para produzir uma efetiva articulação com os outros níveis do sistema de saúde.

Com relação aos mecanismos de integração e continuidade informacional, percebe-se que os profissionais da APS fornecem informações ao encaminhar os usuários para outros serviços, entretanto esses profissionais não recebem as informações da contra referência dos demais serviços, prejudicando assim a continuidade informacional e a coordenação do cuidado pela APS. A dificuldade na realização da contra referência também foi encontrada por Giovanella et al (2009) e Almeida (2010).

Além desses estudos, este resultado também é similar ao encontrado por Dias (2012), entretanto, no seu estudo, apesar da APS não ter retorno da contra referência, os profissionais conseguiam acessar o registro dos atendimentos de saúde através do prontuário eletrônico que era comum aos diversos prestadores. Para a autora as principais vantagens do prontuário eletrônico são a continuidade do cuidado e aumento da comunicação entre níveis assistenciais; acesso rápido às informações do paciente e solicitação de pedidos e visão integral do paciente.

Esta também poderia ser uma saída para a integração e continuidade informacional entre os diferentes serviços do município do Rio de Janeiro. Entretanto, apesar dos profissionais da APS da AP 5.2 utilizarem prontuário eletrônico desde 2010, o mesmo não fornece informações quanto aos atendimentos realizados em outros serviços, uma vez que não está integrado em rede. Assim, nem os atendimentos realizados em USF vizinhas que utilizam o mesmo prontuário podem ser visualizados. Desse modo, esse dispositivo que é uma potencialidade para a coordenação do cuidado, nesse caso se transforma em uma fragilidade da mesma.

Quanto às diretrizes clínicas, a maior parte dos profissionais afirmou utilizar guidelines, protocolos clínicos e linhas de cuidado para a escolha da conduta terapêutica. Esta é uma potencialidade para a coordenação do cuidado uma vez que o uso dos protocolos tem por objetivo padronizar processos de trabalho, possibilitar a coordenação entre diferentes

prestadores e melhorar o desempenho do cuidado à saúde. (kaluzny e Shortel, 2006 apud Dias, 2012)

Para Núñez et al (2006) a utilização de protocolos clínicos, linhas de cuidado e diretrizes clínicas pelos profissionais contribui para melhorar a coordenação uma vez que do cuidado ao definir critérios de encaminhamentos entre os níveis de atenção e estabelecer objetivos comuns entre os diferentes serviços da rede. Navarrete et al (2005) coloca que é importante para a integração assistencial que existam objetivos e estratégias compartilhados por todos os serviços e que proporcionem um vínculo comum para as atividades desenvolvidas dentro da rede.

A gestão das listas de espera de regulação e a revisão periódica de prontuários foram mecanismos pouco utilizados pelos profissionais da APS. A gestão das listas de espera é mencionada na PNAB (2011) como um dos dispositivos de gestão de caso necessários para a coordenação do cuidado. Cabe ressaltar que todas as USF da área possuem Comissão de Revisão de Prontuário, publicadas em ata, conforme a recomendação da Carteira de Serviços (Rio de Janeiro, 2010). Entretanto, essas comissões são formadas por membros indicados, por isso embora exista, nem todos os médicos e enfermeiros, e principalmente profissionais do NASF, participam dessa revisão.

Com relação aos principais problemas de integração com a rede de serviços, o mais mencionado pelos dois grupos (70%) foi por problemas que ocorrem devido às listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado. Contudo, houve uma dicotomia com relação à relação entre a USF e os serviços de pronto atendimento e com relação aos hospitais. Mais da metade dos médicos e enfermeiros encontram dificuldades nessa relação entre a USF e o pronto atendimento e os hospitais, entretanto o NASF não expressou essa dificuldade.

O fato do NASF não encontrar dificuldade com esses serviços provavelmente corrobora com a hipótese de envolvimento e responsabilização nos casos que necessitam dos serviços de emergência e hospitalizações apenas pelas equipes de saúde da família. Considerando que

são casos mais complexos que estão nessas situações o matriciador não teria também o papel de protagonista nessa articulação? Provavelmente esse envolvimento fortaleceria ainda mais a APS no papel de coordenadora.

Esse problemas de integração na relação do serviços de APS com os demais da rede é expressivo e impacta diretamente na coordenação do cuidado, devendo ser mais um caminho a ser percorrido pelo município do Rio de Janeiro para garantir não só o acesso aos serviços mas também a articulação entre os mesmo.

É possível apontar algumas limitações do estudo. A pesquisa se baseou somente nas experiências dos profissionais e não foi avaliada a opinião dos usuários da rede SUS do município do Rio de Janeiro. Outra limitação do estudo foi o alto número de perdas sofridas, 27,3% da amostra esperada, já que se trata de um censo. A maior parte das perdas refere-se a não devolução do questionário por profissionais que não puderam responder no próprio dia da coleta ou que não se encontravam nas unidades no dia da coleta.

Os profissionais não se encontravam na unidade no dia do campo porque estavam em atividades fora da unidade, como visitas domiciliares, ações na comunidade e participação em cursos ou reunião. Além disso, a existência da compensação de carga horária semanal também dificultou encontrar todos os profissionais na unidade no mesmo dia. O único dia que isso seria possível sem alterar a dinâmica da unidade seria o turno de reunião de equipe que ocorre em todas as unidades na terça-feira pela tarde, entretanto fazer a coleta em todas as unidades nesse turno foi inviável devido ao período reduzido do campo, fato que também dificultou o retorno do pesquisador a todas as unidades.

O motivo da não devolução dos questionários preenchidos pode ser por diversos fatores, como a não motivação de forma suficiente para sensibilizar o profissional quanto à importância da sua participação no estudo, ou a dificuldade desses profissionais que são sobrecarregados em parar suas atividades diárias por 20 minutos para responder o questionário. Além disso, outro fator que não se pode descartar é a possibilidade de desconforto por parte desses profissionais em responder as questões que remetem ao seu trabalho e a gestão a que estão submetidos por medo de exposição e represálias.

Dessa forma, de fato essa perda foi uma limitação do estudo e por isso recomenda-se que estudos similares sejam realizados com um tempo maior de campo e por uma equipe maior de pesquisadores, buscando estratégias para entrega e devolução do questionário no mesmo dia.

Navarrete et al (2005) sugerem que para analisar a coordenação podem ser utilizados indicadores para medir aspectos estruturais, de processo e de resultado relacionados com a coordenação da informação e da gestão da atenção. No entanto, o presente estudo examinou indicadores de estrutura e de processo. Dias (2012) recomenda que para avançar no conhecimento da efetividade das estratégias de coordenação do cuidado, são necessárias pesquisas que também avaliem indicadores de resultados que correspondem aos efeitos da coordenação para a continuidade do cuidado. Esta seria uma limitação deste estudo que poderá guiar o aprofundamento dessas questões em estudos futuros.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo procurou analisar estratégias de coordenação dos cuidados praticadas na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família da Área de Planejamento 5.2 do município do Rio de Janeiro. Apesar da premissa que os serviços de APS são os mais adequados para assumir a coordenação dos cuidados, apenas uma APS fortalecida e robusta, consegue juntar e mobilizar os recursos necessários para assumir essa função.

Verificou-se que a reforma na APS do município do Rio de Janeiro que vêm ocorrendo desde 2009 já apresenta mudanças positivas no fortalecimento da APS e na consolidação das Unidades de Atenção Primária à Saúde enquanto referência para o cuidado em saúde na AP 5.2.

São exemplos das ações realizadas que corroboraram com essas mudanças a ampliação da cobertura da ESF no município, a vinculação de todo o território às respectivas unidades de APS com disponibilização de plataforma online para consulta pelos usuários, a ampliação do número de NASFs, o incentivo à educação continuada através de convênios tanto na formação lato sensu quanto na stricto sensu. Além disso, a implantação de uma carteira de serviços que ampliou a cesta de ações e serviços realizados pela APS e melhora da infraestrutura de unidades antigas.

Como característica do perfil dos profissionais da AP 5.2 observamos profissionais adultos jovens, com experiência anterior em saúde da família e vinculados a mesma equipe por um tempo superior há um ano. Entretanto poucos possuíam formação específica na área de Saúde da Família, seja através de especialização ou residência.

Observamos também que a organização do processo de trabalho em equipe realizado pelo profissionais da AP 5.2 favorece a coordenação do cuidado. Ainda, a resolutividade da APS também foi bem avaliada pelos profissionais, bem como a sua abordagem integral e longitudinal, características de uma APS fortalecida.

O apoio matricial constitui-se uma potencialidade para a coordenação do cuidado, sendo consensual que a implantação do NASF ampliou a capacidade de resolutividade das equipes vinculadas. Embora o município tenha apresentado condições estruturais quanto ao apoio matricial, percebeu-se que os processos ainda não estão sedimentados, impactando nas boas práticas.

A operacionalização do apoio matricial demonstrou dissensos entre médicos, enfermeiros e profissionais do NASF. Além disso, os resultados levantaram a hipótese de atendimento na lógica dos ambulatorios tradicionais e não numa clínica ampliada e atenção compartilhada. Por se tratar de um novo dispositivo que sugere uma nova forma de organização do trabalho, é esperado as dificuldades encontradas no estudo, contudo necessitam ser trabalhadas. Tal atuação também sugere a possibilidade de adaptação do NASF para atuar nas diferentes necessidades de saúde do território, já que foi apontada a insuficiência de oferta de atenção especializada ambulatorial.

Outra potencialidade para a coordenação do cuidado foi a utilização de diretrizes clínicas, linhas de cuidado e protocolos clínicos pelos profissionais para escolha da conduta terapêutica. A continuidade informacional hoje é uma fragilidade da coordenação do cuidado uma vez que os profissionais da APS não recebem contra referência nem tampouco tem acesso ao registro dos atendimentos realizados ao longo da rede. Embora exista prontuário eletrônico, esse não está integrado em rede, perdendo, portanto, o seu potencial para a coordenação.

Outro dispositivo em potencial para a coordenação do cuidado foi a responsabilização da APS em realizar os agendamentos para a atenção especializada e a descentralização da regulação através da função regulatória do responsável técnico médico da unidade. Entretanto, poucos profissionais realizam gestão das filas de espera. Verificou-se regularidade no agendamento para os ambulatorios de média complexidade, exames diagnósticos e maternidade. Observamos dificuldades no agendamento de internações e serviços de alta complexidade.

Apesar dos resultados positivos encontrados no estudo, percebe-se que algumas estratégias ainda precisam ser fortalecidas para efetivar a APS enquanto coordenadora do cuidado, como a comunicação entre os profissionais da ESF e especialistas dos outros níveis de atenção, a integração dos sistemas de informação e a garantia de acesso aos serviços especializados em tempo oportuno realizado pela APS.

Sendo assim, concluímos que o município do Rio de Janeiro conseguiu avançar no fortalecimento da atenção primária através do acesso, resolutividade, integralidade e longitudinalidade que preconiza a literatura. Quanto ao apoio matricial verificamos a existência de condições estruturais melhor formadas, entretanto os processos precisam ser aperfeiçoados. Verificamos também que embora a APS se responsabilize pelo caminhar do usuário, a rede ainda não possui um grau de articulação que favoreça o desenvolvimento do papel coordenador da APS.

Baseado nos resultados da pesquisa sugerimos uma atenção para os processos de trabalho entre equipe e NASF; realização de atividades de educação permanente para o NASF; além da disponibilização de recursos necessários para o trabalho.

Além disso, sugerimos também a promoção de estratégias de integração entre profissionais da APS e especialistas, como realização de fóruns de rede, grupos de trabalho, dispositivos que efetivem a comunicação e a circulação de informações entre os diferentes prestadores, como a integração do prontuário eletrônico.

Dessa forma, os limites dos dispositivos da coordenação do cuidado da AP 5.2 apresentam os mesmos desafios enfrentados por outros sistemas de saúde que apresentaram suas experiências em outros estudos de coordenação do cuidado.

Os resultados também apontaram direcionamento para estudos futuros que tratem especificamente de indicadores de resultados da coordenação do cuidado e da integração entre os níveis assistenciais de forma sistêmica.

Além disso, verificou-se a necessidade de associação de um estudo qualitativo relacionado ao apoio matricial entre NASF e equipes de saúde da família.

Esperamos que através das reflexões, possamos contribuir para o direcionamento de ações pela gestão e o desenvolvimento de práticas que garantam interfaces mais contínuas durante o caminhar dos usuários pelo sistema de saúde. Reduzindo assim a fragmentação do cuidado e propiciando o atendimento das necessidades de saúde da população com eficiência e qualidade.

Além das contribuições para a assistência e gestão tratadas acima, esperamos também que o estudo contribua para o ensino e pesquisa na formação dos profissionais de diferentes áreas de saúde e para as linhas de pesquisa voltadas para esta área de conhecimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F, GIOVANELLA, L, MENDONÇA, M.H.M, ESCOREL, S. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** Cad. Saúde Pública. 2010; 26 (2): 286-298.

ALMEIDA, PF; FAUSTO, MCR; GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados.** Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):84–95.

ALVES, VS. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface (Botucatu). 2005;9(16):39-52.

ASSIS, MMA; JESUS, WLA. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modo de análise.** Rev Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012.

AYRES, JRCM. **Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?** Interface comunicação, saúde, educação 2000; 4(6):117.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília:Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – pólos de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Decreto de Lei Nº 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a lei orgânica da saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS** Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 13 de junho de 2013.

BRUNELLO M.E.F, PONCE M.A.S, ASSIS E.G., ANDRADE R.L.P, SCATENA LM, et al. **O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007)**. Acta paul enferm. 2010; 23 (1): 131-35.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas**. Sociedade e Cultura, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000, p. 51-74

CAMPOS, G.W.S. **Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família**. Nov/2002 . capturado em agosto de 2013. Disponível em: www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/9-vinculo

CAMPOS, G.W.S. DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública vol.23 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2007

CANESQUI A. M, SPINELLI M.A.S. **Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros**. Cad Saúde Pública. 2006 set; 22(9):1881-92.

CASTELLS, M. – **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, Vol 1, 2000. In: MENDES, E. V. - **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.

CECCIM, R.B. **Educação permanente: desafio ambicioso e necessário**. Interface-Comunic, Saúde e Educ. v.9, n.18, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R.B. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECILIO, L.C.O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. Interface (Botucatu) [online]. 2011, vol.15, n.37.

CECILIO, L.C.O *et al.* **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?** Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2893-2902, 2012.

COSTA S.M. DURÃES S.J.A. ABREU M.H.N.G. **Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros**. Ciência e saúde coletiva 2010; 15(suppl.1): 1865-73.

CUNHA EM; GIOVANELLA L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16, (suppl.1): 1029-1042.IÇ

DIAS, M. P. **Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte**. 2012. 205p. Dissertação. Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FERREIRA, M.E, SCHIMITH, M.D, CÁCERES, N.C. **Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde** da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Cienc saude colet [Internet]. 2010 ago. [acesso 2013 Jul 27];15(5):2611-2620. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a35.pdf>.

FORTUNA , C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades**. 1999. 247 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRANCO, TB. MRHY, E.E. Programa de Saúde da Família: Contradições de um programa destinado à mudança do Modelo Técnicoassistencial. UNICAMP, 1998. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>

FRANCO, T B. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R A (Orgs.). Gestão em redes. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis, 2006. p.459-474.

GIACOMOZZI C.M; LACERDA M.R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família**. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2006 out-dez [acesso 2013];15(4):645-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>

GIL, CR. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005 mar-abr; 21(2):490-8.

GIOVANELLA L, ESCOREL S, MENDONÇA MHM, (coord.) **Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos**. Relatório Final. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9439&tipo=B>.

HARTZ. Z.M.A. CONTANDRIOPOULOS A.P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros"**. Cadernos de Saúde Pública 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: www.armazemdedados.rio.rj.gov.br Acesso em: 31.08.2012.

KALUZNY AD, SHORTELL SM. **Health Care Management**. Organization design and behavior. New York: Thompson Delmar Learning, 5ed., 2006. In: DIAS, M. P. Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. 2012. 205p. Dissertação. Mestrado em Ciências na

área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

KRUG, S B F. **Sofrimento no trabalho**: a construção social do adoecimento de Trabalhadoras da Saúde. 196 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2006. 196 p

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R. (Org.). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 121-151.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M.A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LOUZADA, A. P. F.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. **Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde**: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 37-52.

MARTINS, P.G. **Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba**: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006. [dissertação]. [Ribeirão Preto/SP]: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2006. 151 p.

MEDEIROS, C.R.G, JUNQUEIRA, A.G.W, SCHWINGEL G., CARRENO I, JUNGLES L.A.P, SALDANHA O.M.F.L. **A rotatividade de enfermeiros e médicos**: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(supl.1): 1521-31.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E.V. - **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.

MENDES, E.V. – **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria N. 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico> Acesso em: 31.08.2012.

Navarrete MLV, Lorenzo IV, Calpe JF, Núñez RT. **Organizaciones sanitarias integradas**: una guía para el análisis. Rev. Esp. Salud Publica. 2005; 79 (6): 633-643.

NUÑEZ, RT, LORENZO, I.V, NAVERRETE, M.L.V. **La coordinación entre niveles asistenciales**: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006; 20: 485-95.

OMS – Organização Mundial de Saúde. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. Organização Mundial da Saúde, 2008.

OMS – Organização Mundial de Saúde. ROVERE, M. **Redes en Salud**: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosário. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión):1999.

PEDUZZI M . **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese de doutorado.Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. *at al*. **Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde**: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [2]: 629-646, 2011.

PEREIRA, M.P.B. **O território no programa de saúde da família**. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Capturado em: julho de 2013. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br/

PINTO, C.A.G.; COELHO, I. B. **Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica**. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (org.) Manual de práticas de atenção básica. São Paulo, Hucitec, 2008.

PINTO, E.S.G. MENEZES R.M.P. VILLA T.C.S. **Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim**. Revista de Enfermagem. USP. 2010; 44(3): 657-64.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde**. Rev. Bras. Enfermagem, n. 53, p. 251-263, 2000.

ROTHER, E. T. - **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta paul. enferm. vol.20 no.2 São Paulo Apr./June, 2007.

SANTANA, R. COSTA, C. **A integração vertical de cuidados de saúde**: aspectos conceituais e organizacionais. Organização dos cuidados de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático 7, 2008

SHEKELLE, P. et al. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. Implementation Science 2012, 7:62. Disponível em: <http://www.implementationscience.com/content/7/1/62>. Acesso em: 03.09.2012.

SILVA, S. F.(Org.). **Rede de Atenção à Saúde no SUS**: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2 edição. Campinas: Saberes editora, 2011.

SOUZA, A. M. de A. et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde - OPS, 1991.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SUBPAV. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços – Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2010 (versão cartilha).

SUBPAV. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. CNES – **Cobertura de ESF**. Disponível em: http://subpav.com.br/siab/index.php?admi=cnes_eq_cobertura_listar. Acesso em: 05.09.2012.

TELESSAÚDE SC, NÚCLEO. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica** (AMAQ NASF SC). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC, 2012.

TURRINI, RNT; LEBRÃO, ML; CESAR, CLG. **Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):663-674, mar, 2008.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

A Atenção Primária à Saúde e os desafios na coordenação do cuidado – A interface entre as práticas de cuidado e os arranjos da rede de atenção à Saúde

Questionário para **Médicos e Enfermeiros**

Código do Questionário: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / _____

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre Coordenação do Cuidado na Estratégia de Saúde da Família. Sua participação é muito importante para aumentar o conhecimento sobre estratégias de coordenação do cuidado, bem como os desafios da prática profissional no acompanhamento e condução de casos. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

Atenção: Preferencialmente o questionário deve ser preenchido a caneta. A maioria das questões do questionário admite apenas uma resposta. As questões que admitem mais de uma resposta contêm o aviso “Admite mais de uma resposta”.

A. PERFIL DO PROFISSIONAL

A1. Sexo:

1. () Feminino
2. () Masculino

A2. Idade: _____ anos

A3. Função que desempenha na equipe:

1. () Médico e () Responsável Técnico
2. () Enfermeiro

A.4 Você é Responsável Técnico Médico ou de Enfermagem?

- 1 () SIM 2 () NÃO

A.5 Vínculo Empregatício

- 1 () OSs 2 () Servidor público

A6. Nível de instrução

I. () Especialização completa

curso: _____ Ano: _____

curso: _____ Ano: _____

II. () Residência completa.

curso: _____ Ano: _____

curso: _____ Ano: _____

III. () Mestrado completo.

curso: _____ Ano: _____

IV. () Doutorado completo.

curso: _____ Ano: _____

A7. Realizou curso de especialização com enfoque em Saúde da Família?

1. () Sim 2. () Não

A8. Antes de trabalhar nesta equipe de saúde da família, possuía experiência anterior em trabalho no Saúde da Família?

1. () Sim 2. () Não

A9. Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família

1. () Até 6 meses
2. () De 7 meses a 12 meses
3. () De 13 meses a 24 meses
4. () De 25 meses a 48 meses
5. () Mais de 4 anos

A10. Há quanto tempo atua nesta mesma equipe? _____

A11. Você vem atuando na ESF no Rio de Janeiro:

1. () Sempre nesta mesma equipe
2. () Em mais de uma equipe, tendo mudado por necessidade gerencial
3. () Em mais de uma equipe, tendo mudado a seu pedido
4. () em mais de uma equipe, tendo mudado a seu pedido e por necessidade gerencia

B. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

B1. Avalie como se realiza o trabalho em sua equipe:

Trabalho em equipe	1. Na maioria das vezes	2. Sempre	3. Poucas vezes	4. Nunca	5. Não sei
a) A relação da Equipe de Saúde da Família é conflituosa	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
b) A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
c) O trabalho individual dos profissionais em torno de um caso é complementar e de conhecimento do conjunto da Equipe SF	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
d) A equipe tem o hábito de discutir os casos em equipe.	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
e) A equipe tem garantido um turno semanal para reunião de equipe.	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
f) O turno de reunião de equipe é utilizado para discussão de casos e planejamento de ações e programação da equipe.	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
g) O relacionamento entre os profissionais da equipe de Saúde da Família e do NASF é harmonioso e pautado na troca e diálogo	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()

B2. Classifique o desempenho obtido pela equipe quanto a atenção integral prestada à população:

Serviços / Atividades	1. Muito Satisfatório	2. Satisfatório	3. Insatisfatório	4. Muito Insatisfatório	5. Não Sabe
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	()	()	()	()	()
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	()	()	()	()	()
c) Garantir o acesso ao atendimento a toda população cadastrada	()	()	()	()	()
d) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	()	()	()	()	()
e) Garantir atendimento em serviços especializados e internação	()	()	()	()	()
f) Garantir realização de exames necessários	()	()	()	()	()
g) Distribuição regular de medicamentos	()	()	()	()	()
h) Acolhimento das demandas	()	()	()	()	()
i) Realização de Sutura e pequenas cirurgias	()	()	()	()	()
j) Acompanhamento dos grupos prioritários	()	()	()	()	()
l) Resolução de 80% ou mais de casos atendidos pela sua equipe de saúde da família	()	()	()	()	()
m) Articulação com outros setores sociais para enfrentamento de problemas identificados	()	()	()	()	()
n) Conhecer o histórico completo de saúde dos seus pacientes	()	()	()	()	()
o) Disponibilizar tempo suficiente durante as consultas para o paciente falar sobre seus problemas e preocupações	()	()	()	()	()
p) Realizar ações educativas	()	()	()	()	()

C – Apoio Matricial – Integração entre NASF e Equipe de Saúde da Família

C1. A sua equipe de saúde da família conta com o apoio do NASF? (SE NÃO VÁ PARA D1)

1. () Sim
2. () Não

C2. A periodicidade do apoio é na maioria das vezes:

1. () Semanal
2. () Quinzenal
3. () Mensal

C3. Quais atividades realizadas com o NASF e ESF? (**Admite mais de uma resposta**)

- a) () Interconsulta com especialista
- b) () Discussão de casos clínicos
- c) () Sistematização das informações sobre saúde da comunidade
- d) () treinamento em serviço sobre as práticas de atenção primária
- e) () Acompanhamento e controle das atividades realizadas
- f) () Discussão de problemas, dificuldades e demandas
- h) () Acompanhamento dos riscos mais prevalentes e das questões sociais.

C4. Qual a forma mais frequente da equipe de SF acionar o NASF quando há necessidade?

1. () Pede verbalmente para que o paciente procure o profissional do NASF
2. () Preenche guia de referência encaminhando ao profissional do NASF
3. () Marca o paciente no dia do profissional do NASF sem discussão prévia
4. () Discute o caso com o profissional do NASF e então faz os devidos agendamentos

C5. Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?

Situações	1. Concorda Muito	2. Concorda	3. Discorda	4. Discord a Muito	5. Não Sabe
a) Todas as ações desenvolvidas pelo profissional do NASF são precedidas de discussão de casos e acordos com os profissionais da ESF	()	()	()	()	()
b) Os profissionais do NASF tem disponibilidade para realizar atividades assistenciais diretas, individuais, precedidas por discussão de caso, quando necessário.	()	()	()	()	()
c) Todos os profissionais do NASF promovem ações de educação permanente com os profissionais da ESF	()	()	()	()	()
d) a equipe NASF possui um cronograma articulado de reuniões entre o NASF e as equipes vinculadas.	()	()	()	()	()
e) O NASF disponibiliza às ESF e aos gestores seu cronograma mensal com os dias onde estarão nas unidades.	()	()	()	()	()
f) Quando necessário, os profissionais da ESF conseguem se comunicar com os profissionais do NASF quando os mesmos não estão presentes na sua unidade.	()	()	()	()	()
g) O tempo médio entre a solicitação de apoio e a realização da atividade fim é satisfatório.	()	()	()	()	()
h) As equipes de saúde da família que contam com o apoio do NASF ampliaram a sua capacidade de resolutividade da atenção básica (diminuíram o número de encaminhamentos)	()	()	()	()	()
i) Os profissionais do NASF desenvolvem ações intersetoriais e Projetos de Saúde no território em conjunto com as equipes vinculadas, participando do planejamento em saúde de cada ESF vinculada	()	()	()	()	()
j) As diretrizes, ações esperadas para cada profissional do NASF e as formas de acionar apoio são construídas de maneira participativa entre o NASF e as equipes vinculadas	()	()	()	()	()

D. COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA REDE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

D1. Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?

Situações	1. Concorda Muito	2. Concorda	3. Discorda	4. Discord a Muito	5. Não Sabe
a) Com a unidade SF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	()	()	()	()	()
b) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da Família quando necessita de atendimento de saúde	()	()	()	()	()
c) A população procura primeiro a rede hospitalar ou de unidades tradicionais de saúde	()	()	()	()	()
d) A Unidade de Saúde da Família atende apenas com agendamento prévio	()	()	()	()	()
e) Na sua unidade os pacientes são atendidos sempre pelo mesmo médico / enfermeiro	()	()	()	()	()
f) O paciente que adoecer consegue atendimento na unidade de saúde no mesmo dia	()	()	()	()	()
g) A unidade de saúde garante atendimentos a outros serviços, quando necessário	()	()	()	()	()
h) A unidade de saúde garante a realização de exames, quando necessários	()	()	()	()	()
i) A unidade garante a internação, quando necessária	()	()	()	()	()
j) A unidade de saúde fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente	()	()	()	()	()
l) A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade	()	()	()	()	()
m) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na USF é alto	()	()	()	()	()

D2. Quando um paciente é atendido na unidade básica de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, qual o percurso mais comum?

1. () O paciente sai da unidade com a consulta agendada
2. () A consulta é agendada pela unidade básica de saúde e a data posteriormente informada ao paciente
3. () A consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação
4. () O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se a qualquer unidade especializada
5. () O paciente recebe uma ficha de encaminhamento sendo orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional
6. () Não há um percurso definido

7. () Não sabe informar

D3. Existem normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?

1. () Sempre
2. () Na maioria das vezes
3. () Poucas vezes
4. () Nunca

D4. É de seu conhecimento as linhas de cuidado e protocolos clínicos, bem como os critérios para regulação dos pacientes entre os níveis de atenção?

1. () Sim
2. () Não

D5. Com que frequência consegue realizar o agendamento para os serviços abaixo enunciados:

Serviços	1. Sempre	2. Na maioria das vezes	3. Poucas vezes	4 Nunca	5. Não sei
a) Ambulatórios de média complexidade	()	()	()	()	()
b) Procedimentos de alta complexidade	()	()	()	()	()
c) Serviço de Apoio diagnóstico	()	()	()	()	()
d) Maternidade	()	()	()	()	()
e) Internações	()	()	()	()	()

D6. Com que frequência são realizadas as ações abaixo:

Ações	1. Sempre	2. Na maioria das vezes	3. Poucas vezes	4. Nunca	5. Não Sei
a) Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	()	()	()	()	()
b) Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	()	()	()	()	()
c) Com que frequência você utiliza o prontuário eletrônico?	()	()	()	()	()
d) O prontuário eletrônico fornece informação ao profissional quanto aos atendimentos que seu paciente tem em outros serviços?	()	()	()	()	()
e) Ao conduzir um caso, você se orienta em <i>guidelines</i> / protocolos / linhas de cuidado para escolha da conduta terapêutica?	()	()	()	()	()
f) Você faz a gestão das listas de espera da regulação (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames)?	()	()	()	()	()
g) Com que frequência você utiliza o prontuário de saúde para fazer anotações após cada consulta?	()	()	()	()	()
h) Existe revisão periódica dos prontuários?	()	()	()	()	()
i) Existe coleta de material para exames de laboratório na sua unidade	()	()	()	()	()
j) Quando um usuário/cliente precisar ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento?	()	()	()	()	()
l) Com que frequência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contrarreferência?	()	()	()	()	()

D9. Assinale os principais problemas em relação à integração da rede de serviços (**Admite mais de uma resposta**)

a) () Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais;

b) () Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a atenção especializada nos hospitais;

c) () Problemas ocorrem na relação entre USF e emergência;

d) () Problemas ocorrem por causa das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado.

ANEXO B – QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS DO NASF

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

A Atenção Primária à Saúde e os desafios na coordenação do cuidado – A interface entre as práticas de cuidado e os arranjos da rede de atenção à Saúde

Questionário para **Profissionais do NASF**

Código do Questionário: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / _____

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre Coordenação do Cuidado na Estratégia de Saúde da Família. Sua participação é muito importante para aumentar o conhecimento sobre estratégias de coordenação do cuidado, bem como os desafios da prática profissional no acompanhamento e condução de casos. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

Atenção: Preferencialmente o questionário deve ser preenchido a caneta. A maioria das questões do questionário admite apenas uma resposta. As questões que admitem mais de uma resposta contêm o aviso “Admite mais de uma resposta”.

A. PERFIL DO PROFISSIONAL**A1. Sexo:**

1. () Feminino
2. () Masculino

A2. Idade: _____ anos**A3. Categoria profissional:**

1. () Assistente Social
2. () Fisioterapeuta
3. () Fonoaudiólogo
4. () Médico _____
5. () Nutricionista
6. () Professor de Educação Física
7. () Terapeuta Ocupacional
8. () Outros _____

A.4 Vínculo Empregatício

- 1 () OSs 2 () Servidor público

A5. Nível de instrução

I. () Especialização completa

curso: _____ Ano: _____

curso: _____ Ano: _____

II. () Residência completa.

curso: _____ Ano: _____

curso: _____ Ano: _____

III. () Mestrado completo.

curso: _____ Ano: _____

IV. () Doutorado completo.

curso: _____ Ano: _____

A6. Realizou curso de especialização com enfoque em Saúde da Família?

1. () Sim 2. () Não

A7. Antes de trabalhar nesta equipe, possuía experiência anterior em trabalho no Saúde da Família?

1. () Sim 2. () Não

A8. Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família

1. () Até 6 meses
2. () De 7 meses a 12 meses
3. () De 13 meses a 24 meses
4. () De 25 meses a 48 meses
5. () Mais de 4 anos

A9. Há quanto tempo atua nesta mesma equipe? _____

B. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE NASF

B1. Avalie como se realiza o trabalho em sua equipe:

Trabalho em equipe	1. Na maioria das vezes	2. Sempre	3. Poucas vezes	4. Nunca	5. Não sei
a) A relação dos profissionais da equipe do NASF é conflituosa	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
b) A equipe NASF organiza de forma conjunta, a programação das atividades	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
c) O trabalho individual dos profissionais NASF em torno de um caso são complementares e de conhecimento do conjunto da equipe NASF.	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
d) Os profissionais NASF tem o hábito de discutir os casos em equipe.	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
e) O NASF tem garantido um turno semanal para reunião de equipe.	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
f) O turno de reunião de equipe é utilizado para discussão de casos e planejamento de ações e programação da equipe.	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()
g) O relacionamento entre os profissionais da equipe de Saúde da Família e do NASF é harmonioso e pautado na troca e diálogo	1. ()	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()

B2. Classifique o desempenho obtido pela equipe quanto à atenção integral prestada:

Serviços / Atividades	1. Muito Satisfatório	2. Satisfatório	3. Insatisfatório	4. Muito Insatisfatório	5. Não Sabe
a) Capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população	()	()	()	()	()
b) Capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde	()	()	()	()	()
c) Encaminhar para outros níveis de atenção, quando necessário	()	()	()	()	()
d) Garantir atendimento em serviços especializados e internação	()	()	()	()	()
e) Garantir realização de exames necessários	()	()	()	()	()
f) Distribuição regular de medicamentos	()	()	()	()	()
g) Acolhimento das demandas trazidas pelas equipes de SF	()	()	()	()	()
h) Acompanhamento dos grupos prioritários	()	()	()	()	()
i) Resolução da maior parte dos casos atendidos na atenção primária	()	()	()	()	()
j) Articulação com outros setores sociais para enfrentamento de problemas identificados	()	()	()	()	()
l) Disponibilizar tempo suficiente durante as consultas para o paciente falar sobre seus problemas e preocupações	()	()	()	()	()
m) Realizar ações educativas	()	()	()	()	()
n) Monitoramento das solicitações de apoio para o NASF das equipes de SF para identificar as demandas mais frequentes	()	()	()	()	()

C – Apoio Matricial – Integração entre NASF e Equipe de Saúde da Família

C1. A periodicidade do apoio é na maioria das vezes:

1. () Semanal
2. () Quinzenal
3. () Mensal

C2. Quais atividades realizadas com o NASF e ESF?

(Admite mais de uma resposta)

- a) () Interconsulta com especialista
- b) () Discussão de casos clínicos
- c) () Sistematização das informações sobre saúde da comunidade
- d) () treinamento em serviço sobre as práticas de atenção primária
- e) () Acompanhamento e controle das atividades realizadas
- f) () Discussão de problemas, dificuldades e demandas
- h) () Acompanhamento dos riscos mais prevalentes na área e das questões sociais que envolvem o indivíduo e a comunidade

C3. Qual a forma mais frequente da equipe de SF acionar o NASF quando há necessidade

5. () Pede verbalmente para que o paciente procure o profissional do NASF
6. () Preenche guia de referência encaminhando ao profissional do NASF
7. () Marca o paciente no dia do profissional do NASF sem discussão prévia
8. () Discute o caso com o profissional do NASF e então faz os devidos agendamentos

C4. Em seu processo de trabalho, o NASF utiliza com as equipes de saúde da família as ferramentas de apoio matricial, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território:

Ferramentas	Sempre	Maioria das Vezes	Poucas Vezes	Nunca
Apoio Matricial	()	()	()	()
Projeto Terapêutico Singular	()	()	()	()
Projeto de Saúde no Território	()	()	()	()

C5. Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?

Situações	1. Concorda Muito	2. Concorda	3. Discorda	4. Discord a Muito	5. Não Sabe
a) Todas as ações desenvolvidas pelo profissional do NASF são precedidas de discussão de casos e acordos com os profissionais da ESF	()	()	()	()	()
b) Os profissionais do NASF tem disponibilidade para realizar atividades assistenciais diretas, individuais, precedidas por discussão de caso, quando necessário.	()	()	()	()	()
c) Todos os profissionais do NASF promovem ações de educação permanente com os profissionais da ESF	()	()	()	()	()
d) a equipe NASF possui um cronograma articulado de reuniões entre o NASF e as equipes vinculadas.	()	()	()	()	()
e) O NASF disponibiliza às ESF e aos gestores seu cronograma mensal com os dias onde estarão nas unidades.	()	()	()	()	()
f) Quando necessário, os profissionais da ESF conseguem se comunicar com os profissionais do NASF quando os mesmos não estão presentes na sua unidade.	()	()	()	()	()
g) O tempo médio entre a solicitação de apoio e a realização da atividade fim é satisfatório.	()	()	()	()	()
h) As equipes de saúde da família que contam com o apoio do NASF ampliaram a sua capacidade de resolutividade da atenção básica (diminuíram o número de encaminhamentos)	()	()	()	()	()
i) Os profissionais do NASF desenvolvem ações intersetoriais e Projetos de Saúde no território em conjunto com as equipes vinculadas, participando do planejamento em saúde de cada ESF vinculada	()	()	()	()	()
j) As diretrizes, ações esperadas para cada profissional do NASF e as formas de acionar apoio são construídas de maneira participativa entre o NASF e as equipes vinculadas	()	()	()	()	()

D. COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA REDE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

D1. Qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações?

Situações	1. Concor da Muito	2. Concor da	3. Discord a	4. Discor da Muito	5. Não Sabe
a) Com a unidade SF, a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados	()	()	()	()	()
b) A população procura primeiro a Unidade de Saúde da Família quando necessita de atendimento de saúde	()	()	()	()	()
c) A população procura primeiro a rede hospitalar ou de unidades tradicionais de saúde	()	()	()	()	()
d) A Unidade de Saúde da Família atende apenas com agendamento prévio	()	()	()	()	()
e) A unidade de saúde garante atendimentos a outros serviços, quando necessário	()	()	()	()	()
f) A unidade de saúde garante a realização de exames, quando necessários	()	()	()	()	()
g) A unidade garante a internação, quando necessária	()	()	()	()	()
h) A unidade de saúde fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente	()	()	()	()	()
i) A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade	()	()	()	()	()
j) O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na USF é alto	()	()	()	()	()
l) Os recursos materiais necessários para o desenvolvimento das ações dos profissionais do NASF nas unidades são garantidos	()	()	()	()	()

D2. Quando um paciente é atendido na unidade básica de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, qual o percurso mais comum?

1. () O paciente sai da unidade com a consulta agendada
2. () A consulta é agendada pela unidade básica de saúde e a data posteriormente informada ao paciente
3. () A consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação
4. () O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se a qualquer unidade especializada
5. () O paciente recebe uma ficha de encaminhamento sendo orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional
6. () Não há um percurso definido

7. () Não sabe informar

D3. Existem normas definidas para a solicitação de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?

1. () Sempre
2. () Na maioria das vezes
3. () Poucas vezes
4. () Nunca

D4. É de seu conhecimento as linhas de cuidado e protocolos clínicos, bem como os critérios para regulação dos pacientes entre os níveis de atenção?

1. () Sim
2. () Não

D5. Com que frequência consegue realizar o agendamento para os serviços abaixo enunciados:

Serviços	1. Sempre	2. Na maioria das vezes	3. Poucas vezes	4 Nunca	5. Não sei
a) Ambulatórios de média complexidade	()	()	()	()	()
b) Procedimentos de alta complexidade	()	()	()	()	()
c) Serviço de Apoio diagnóstico	()	()	()	()	()
d) Maternidade	()	()	()	()	()
e) Internações	()	()	()	()	()

D6. Com que frequência são realizadas as ações abaixo:

Ações	1. Sempre	2. Na maioria das vezes	3. Poucas vezes	4. Nunca	5. Não Sei
a) Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	()	()	()	()	()
b) Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	()	()	()	()	()
c) Com que frequência você utiliza o prontuário eletrônico?	()	()	()	()	()
d) O prontuário eletrônico fornece informação ao profissional quanto aos atendimentos que seu paciente tem em outros serviços?	()	()	()	()	()
e) Ao conduzir um caso, você se orienta em <i>guidelines</i> / protocolos / linhas de cuidado para escolha da conduta terapêutica?	()	()	()	()	()
f) Alguém faz a gestão das listas de espera da regulação (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames)?	()	()	()	()	()
g) Com que frequência você utiliza o prontuário de saúde para fazer anotações após cada consulta?	()	()	()	()	()
h) Existe revisão periódica dos prontuários?	()	()	()	()	()
j) Quando um usuário/cliente precisar ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento?	()	()	()	()	()

D7. Assinale os principais problemas em relação à integração da rede de serviços (**Admite mais de uma resposta**)

- a) () Problemas que ocorrem na relação entre ao USF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais;
- b) () Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a atenção especializada nos hospitais;
- c) () Problemas ocorrem na relação entre USF e emergência;
- d) () Problemas ocorrem por causa das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENSP/FIOCRUZ TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: "A Atenção Primária à Saúde e os desafios na coordenação do cuidado: a interface entre as práticas de cuidado e os arranjos da rede de atenção à saúde", que tem como objetivo analisar estratégias de coordenação dos cuidados sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você foi selecionado por trabalhar na estratégia de saúde da família da AP 5.2 do município do Rio de Janeiro. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder as perguntas de um questionário que deve durar em torno de 20 minutos. Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionadas a sua participação.

Sua participação na pesquisa irá contribuir para aumentar o conhecimento sobre estratégias de coordenação do cuidado, bem como os desafios da prática profissional no acompanhamento e condução de casos, contribuindo assim para o desenvolvimento de práticas mais efetivas nos serviços de saúde.

Este termo é redigido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador. Neste termo consta o telefone/e-mail do pesquisador, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Gislani Souza Mateus Oliveira
Pesquisadora principal
Tel: (21) 3394-2103
e-mail: gislani@gmail.com

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax - (21) 2598-2863 / cep@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

